
LAPSI PÄIVYSTYKSESSÄ

Opas päivystykseen tulevien lasten vanhemmille




Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna, kevät 2015

Annika Lindholm ja Maiju Latvala



HÄMEENLINNA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

Tekijät	Annika Lindholm, Maiju Latvala	Vuosi 2015
Työn nimi	Lapsi päivystyksessä -ohje vanhemmille	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyömme tarkoituksena on ollut ehittää lasten ja vanhempien ohjausta lapsen sairastuessa äkillisesti. Tavoitteena on ollut tehdä opas Kanta-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikalle. Oppaassa on ollut tarkoitus kuvata päivystyspoliklinikan toimintatapoja ja lisäksi oppaassa on ohjeita vanhemmille, jotka tuovat äkillisesti sairastuneen lapsen päivystyspoliklinikalle.

Opinnäytetyömme teoreettisessa viitekehyksessä kuvataan lasten eri kehitysvaiheita, yleisimpiä infektiosairauksia, erityispiirteitä päivystysosastolla sekä perhekeskeisestä lastenhoitotyöstä. Tietoa on hankittu alan oppikirjoista, luentomateriaaleista, tieteellisistä artikkeleista ja joistakin luotettavista internet lähteistä. Opinnäytetyössä on käytetty sekä hoitotieteen, lääketieteen, että sosiaalialan lähteitä.

Opinnäytetyön suunnittelu aloitettiin helmikuussa 2014 kysymällä Kanta-Hämeen päivystyspoliklinikalta, olisiko heillä tarvetta toiminnalliselle opinnäytetyölle. Me halusimme yhdistää akuutti- ja lastenhoitotyön opinnäytetyössämme. Päivystyspoliklinikalta löytyi kiinnostava aihe. Näin me päädyimme tekemään opasta päivystyspoliklinikalle lastaan tuoville vanhemmille.

Jatkotutkimuksena voisi selvittää, mitä mieltä yhteispäivystyksessä käyneiden lasten vanhemmat ovat siellä saamastaan palvelusta ja siitä onko tietoa saatu tarpeeksi. Myös se, millaista tietoa vanhemmat kaipaavat, olisi varmasti kiinnostava tietää. Tutkia voisi myös, onko riittävästi ja helposti tietoa saatavilla siitä, koska päivystykseen tulisi hakeutua. Päivystyksessä yleisenä ongelmana pidetään sitä, että osa potilaista hakeutuu sinne turhan herkästi.

Avainsanat Lapsi, perhe, päivystyspoliklinikka, perhehoitotyö

Sivut 30 s. + liitteet 4 s.

HÄMEENLINNA
Degree Programme in Nursing
Nursing

Authors Annika Lindholm, Maiju Latvala **Year** 2015

Subject of Bachelor's thesis Children in Emergency Room –Guide to Parents

ABSTRACT

This Bachelor's thesis purpose is to develop parent's guidance when their children become ill, and they seek medical treatment. The aim was to create a manual for Kanta-Häme central hospital emergency room. Guides purpose is to introduce clinics approach on treatment, and instructions to parents when they bring their children for treatment.

In the thesis theoretical frame of reference is introduced children different stages of development, and most common infection deceases. The thesis is based on medical books, lecture material, scientific articles and some reliable internet sources.

The thesis designing started 2014, when Kanta-Häme central hospital emergency room brought out the fact that they needed instructions for parents, when they bring their ill children for treatment.

Further research could include children and parents thoughts of their treatment, and did they get enough information. Further research topic could also study do parents have access to enough information about should they come to clinic or not with their ill children. Problem in emergency rooms is that parents bring their children for treatment, even if there is no need for medical help.

Keywords Child, emergency room, family, family nursing

Pages 30 p. + appendices 4 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	LAPSI JA PERHE.....	2
2.1	Imeväisikäinen	2
2.2	Leikki-ikäinen	3
2.3	Kouluikäinen	5
2.4	Lapsi perheessä	6
3	LAPSEN SAIRASTUMINEN JA HOITOON HAKEUTUMINEN	7
4	LAPSI JA PERHE PÄIVYSTYKSESSÄ	9
4.1	Lapsen huomioiminen päivystystilanteessa	9
4.2	Vanhempien huomioiminen päivystystilanteessa	12
5	LASTEN KESKEISIMPIÄ INFEKTIOSAIRAUKSIA	13
5.1	Nuhakuume	13
5.2	Laryngiitti.....	14
5.3	Obstruktiivinen bronkiitti.....	15
5.4	Pneumonia.....	15
5.5	Bronkioliitti	16
5.6	Epiglottiitti	17
5.7	Otiitti	17
5.8	Suolistoinfektiot	18
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	20
7	OPINNÄYTETYÖN PROSESSI.....	21
7.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	21
7.2	Suunnittelu	21
7.3	Toteutus.....	22
7.4	Arviointi	24
8	POHDINTA.....	25
8.1	Eettisyys ja luotettavuus.....	26
8.2	Prosessin ja tulosten pohdinta	26
8.3	Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet.....	27
	LÄHTEET	28

Liite 1	OPAS
Liite 2	PALAUTE OPPAASTA

1 JOHDANTO

Eri-ikäiset lapset ovat kehityksensä eri vaiheissa ja heillä on omat erityispiirteensä, jotka tulee huomioida hyvässä hoidossa. He myös sairastavat hyvin erilaisia tauteja ja saavat erilaisia oireita. Tässä opinnäytetyössä käsittelemme pääosin vastasyntyneiden, leikki-ikäisten ja kouluikäisten lasten sairauksia ja erikoispiirteitä heidän kiireellisestä hoidosta. 0–28 vuorokauden käinen on vastasyntynyt ja 0–1-vuotias on imeväisikäinen, 1–3-vuotiaasta kutsutaan varhaisleikki-ikäiseksi ja 3–6 vuotiaasta myöhäisleikki-ikäiseksi. 7–12-vuotias on kouluikäinen ja 12–18 vuotias nuori. (Storvik-Sydänmaa, Talvensaari, Kaisvuo & Uotila 2012, 11).

Lasten ja nuorten terveyspalvelut järjestetään ensisijaisesti perusterveydenhuollossa: lastenneuvoloissa, kouluterveydenhuollossa ja terveyskeskuksissa. Äkillisesti sairastuneen lapsen sairaalahoito järjestyy yleensä kunnan tai kaupungin terveyskeskuksen päivystyksessä. Terveyskeskuksen tehtävä on järjestää kiireellinen hoito välittömästi. Osassa kuntia päivystyshoito on järjestetty kuntien yhteispäivystyksenä, mutta kunta voi ostaa myös hoidon yksityisiltä palvelun tuottajilta. Lasten ja nuorten erikoissairaanhoidon on pääosin keskitetty keskussairaaloihin ja yliopistosairaaloihin. Suurin osa lasten sairauksista ei kuitenkaan vaadi sairaalahoitoa.

Koko perheen kohtaaminen on tärkeää lasten ja nuorten hoitotyössä. Lapsi ja perhe yhdessä muodostavat kokonaisuuden, jonka hyvinvointia hoitotyössä tavoitellaan. Lapsen sairastuminen aiheuttaa perheen arjessa aina muutoksia. Ongelmallisissa ja elämänhallintaa horjuttavissa tilanteissa lapsiperheet turvautuvat yleensä ensisijaisesti lähisukulaisiin, kuten isovanhempiin, mutta aina perheen omat sosiaaliset verkostot eivät riitä. Lapsen sairastellessa toistuvasti se kuluttaa koko perheen voimavaroja. Lapsen sairastuneen myös huolestuttaa vanhempia, vaikka se ei olisikaan vakavaa.

Aiheen valintamme perustuu kiinnostuksestamme lasten- ja akuuttihoitotyöhön. Opinnäytetyön aiheen saimme Kanta-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikalta. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kehittää lasten ja vanhempien ohjausta lapsen sairastuessa äkillisesti. Tavoitteena on tehdä opas Kanta-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikalle. Oppaassa neuvotaan, kuinka tulisi toimia, kun lapsi sairastuu äkillisesti. Lisäksi se antaa vanhemmille hyödyllistä tietoa Kanta-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikan toimintatavoista.

Opinnäytetyömme teoreettisessa viitekehityksessä kuvaamme lasta eri kehitysvaiheissa ja määrittelemme perheen. Kuvaamme yleisimpiä infektiosairauksia, joihin lapset äkillisesti sairastuvat. Kuvaamme myös päivystysoasastolla huomioitavia lasten erityispiirteitä sekä perhekeskeistä lastenhoitotyötä. Lopuksi pohdimme ja arvioimme opinnäytetyömme prosessia.

Opinnäytetyömme on toiminnallinen. Kirjoitimme ensin teoreettista viitekehystä, ja sen jälkeen tuotoksena teimme Kanta-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikalle oppaan. Oppaaseen keräämme asioita, joita van-

hempien olisi hyvä tietää tuodessaan lasta päivystyspoliklinikalle. Oppaas-
ta teimme tiiviin paketin toimien yhteistyössä Kanta-Hämeen keskussai-
raalan päivystyspoliklinikan kanssa ja pyrkien tekemään siitä heidän tar-
peitaan vastaava.

2 LAPSI JA PERHE

Lapsi on hyvin harvoin yksin potilaana, vaan aina on otettava huomioon
myös hänen vanhempansa. Tässä luvussa määrittelemme mitä tarkoitam-
me lapsella ja perheellä, ja mitä erityispiirteitä on otettava huomioon lap-
sen tullessa päivystyspoliklinikalle.

Lapsuus ja nuoruus jaetaan eri ikäkausiin. 0–28 vuorokauden ikäinen on
vastasyntynyt ja 0–1-vuotias on imeväisikäinen, 1–3-vuotiaasta kutsutaan
varhaisleikki-ikäiseksi ja 3–6-vuotiaasta myöhäisleikki-ikäiseksi. 7–12-
vuotias on kouluikäinen ja 12–18-vuotias nuori. (Storvik-Sydänmaa, Tal-
vensaari, Kaisvuo & Uotila 2012, 11.)

Eri-ikäiset lapset ovat kehityksensä eri vaiheissa ja heillä on omat erityis-
piirteensä, jotka tulee hyvässä hoidossa huomioida. He myös sairastavat
hyvin erilaisia tauteja ja saavat erilaisia oireita. Tässä opinnäytetyössä kä-
sittelemme pääosin vastasyntyneiden, leikki-ikäisten ja kouluikäisten las-
ten sairauksia ja erikoispiirteitä heidän kiireellisessä hoidossa.

2.1 Imeväisikäinen

Lapsi on imeväisikäinen 1-vuotiaaksi asti. Ensimmäisen vuoden aikana
lapsen pituuteen tulee noin 25 senttimetriä lisää ja paino kolminkertaistuu,
eli yksi vuotias lapsi on noin 75–78 senttimetrin pituinen ja painaa noin 10
kiloa. Lasten taidot kehittyvät omassa tahdissaan, mutta kaikki käyvät samat
vaiheet läpi. Kehitysnopeudessa on hyvin paljon vaihtelua, eikä siihen
voi vaikuttaa. Ensimmäisen vuoden aikana lapsi käy läpi kehitysprosessin
jossa hän saavuttaa eri vaiheiden kautta pystyasennon ja alkaa kävellä.
(Koistinen, Ruuskanen & Surakka 2004, 59.)

Lapsen varhaisheijasteet, joita ovat kävelyheijaste, moron heijaste, asym-
metrinen tooninen niskaheijaste, etsimis-, imemis- ja nielemisheijaste, se-
kä tarttumisheijasteet ja babanskin heijaste eli varpaiden kipristys refleksi
alkavat väistyä 3–4 kuukauden iässä ja tämän jälkeen tietoinen kehonhal-
linta alkaa kehittyä. Varhaisheijasteiden väistyttyä lapselle kehittyy suoje-
luheijasteet eteen, taakse ja sivuille. Lapsella on sekä käsissä että jaloissa
tarttumisrefleksit, jotka väistyvät, kun lapsi alkaa tietoisesti tarttua esineis-
siin. Lapsi kurottelee kohti esineitä, joskin lapsi ei aina tavoita niitä. 4–6
kuukauden ikäinen lapsi nostaa vatsallaan ollessaan rintakehää ylös ja jak-
saa kannatella päätään useita minutteja. (Koistinen ym. 2004, 59–60.)

4–6 kuukauden iässä lapsen kehityksessä tapahtuu paljon edistymistä.
Lapsi alkaa kääntyä vatsalta selälleen ja takaisin. Lapsi alkaa tarttua lelui-
hin ja vie niitä suuhunsa. Lapsi löytää myös omat varpaansa, joita vie suu-
hunsa käsien lisäksi. Lapsi jaksaa kannatella päätään ja alkaa hakeutua is-

tuma-asentoon tuettuna. Kuuden kuukauden ikäinen lapsi istuu jo tuettuna hyvinkin pitkiä aikoja ja siirtelee leluja kädestä toiseen. (Koistinen ym. 2004, 60.)

Konttausasentoon lapsi alkaa nousta 6–9 kuukauden iässä. Tämän ikäinen lapsi myös istuu itsekseen pieniä hetkiä ja seisoo tuettuna. Kahdeksan kuukauden iässä lapsi yleensä kulkee eteen- ja taaksepäin kontaten tai ryömien, seisoo pieniä hetkiä ilman tukea, nousee itse istumaan ja kerää pieniä esineitä pinsetti- eli peukalo-etusormiotteella. Ilman tukea lapsi alkaa seistä 9–12 kuukauden iässä, jolloin lapsi saattaa myös kävellä lyhyitä matkoja huonekaluihin tukien. Tässä iässä lapsi alkaa rakentaa tornia kahdesta palikasta. (Koistinen ym. 2004, 60.)

Lapsen ensimmäinen keino viestiä ympäristölle on itku. Ensimmäisen sosiaalisen hymyn lapsi näyttää keskimäärin kahden kuukauden iässä nähdessään ihmisen kasvot. Parin kuukauden ikäinen lapsi rauhoittuu tai hiljenee nähdessään kasvot, kuullessaan ääniä tai kun hänet otetaan syliin, lisäksi lapsi alkaa tunnistamaan oman äitinsä. Lapsen äänensävy alkaa kertoa erilaisia asioita 4–5 kuukauden iässä. (Koistinen ym. 2004, 61–62.)

4–5 kuukauden iässä lapsi alkaa myös kiinnostua sopivista leluista, ja viettää jopa aikaa itsekseen leluja ja ympäristöä katsellen. Lapsi tunnistaa itsensä ja äitinsä peilistä, ja saattaa jutella peilikuville kuuden kuukauden iässä. Lapsi alkaa myös jäljitellä ilmeitä, ojentaa kädet kohti mieluisaa syliin ottajaa ja alkaa harjoitella mukin käyttöä. Lusikan käyttöä lapsi alkaa harjoitella 7–8 kuukauden iässä. Tässä iässä äiti on lapselle korvamaton, mutta tuntemattomia ihmisiä saattaa vierastaa. Tunteensa lapsi näyttää hyvinkin selkeästi kymmenen kuukauden iässä. Ei-sanan merkityksen lapsi oppii ennen ensimmäisen ikävuoden loppua. (Koistinen ym. 2004, 61–62.)

Imeväisikäinen lapsi rauhoittuu sylissä ja nähdessään kasvot lähellään. Kahden kuukauden iässä lapsi alkaa selvästi kuunnella ääniä ja tuottaa itsekin muita ääniä, kuin itkua. Kolmen kuukauden iässä malttaminen lisääntyy ja ruokaa lapsi jaksaa odottaa hetken. Lapsi alkaa myös tunnistaa perheenjäseniään ja kääntämään päätään äänen suuntaan. Lapsi alkaa jäljitellä erilaisia ääniä ja jutella itsekseen pitkiä aikoja 4–6 kuukauden iässä. Vokaalien lisäksi voidaan huomata konsonantteja jokertelussa. Puolivuotiaan lapsen jokertelu alkaa muuttua monivivahteiseksi. Vuoden ikäisenä lapsi alkaa käyttää helppoja tuttuja sanoja. Lapsi oppii vilkuttamaan, pudistamaan päätään ja ymmärtää lyhyitä selkeitä ohjeita. (Koistinen ym. 2004, 62–63.)

2.2 Leikki-ikäinen

Leikki-ikäiseksi lasta kutsutaan 1–6-vuotiaana. Leikki-ikä voidaan jakaa varhaiseen ja myöhäiseen leikki-ikään. Lapsi kasvaa noin 12 senttimetriä toisena elinvuotenaan ja tämän jälkeen lapsi kasvaa pituutta noin 5–7 senttimetriä ja painoa tulee lisää noin 2–3 kiloa vuodessa. Keskimäärin yksi vuotiaana lapsi alkaa kävellä ilman tukea ja kiivetä portaita. Kaksivuotias lapsi juoksee jo melko vakaasti ja kiipeää rappusia tasa-askelin. Kolmevuotias kiipeää rappusia vuoroaskelin, sekä pukee vaatteet ja laittaa kengät

jalkaan. Tämän ikäinen osaa myös rakentaa tornin 10 palikan korkuiseksi. Viisivuotias lapsi oppii solmimaan kengän nauhat, hyppiä yhdellä jalalla, sekä luistelu ja hiihto alkavat kiinnostaa, samoin kirjoittaminen ja laskeminen. Kuusi vuotias lapsi käyttää mielellään käsiään piirtämiseen, kirjoittamiseen, värittämiseen ja monipuoliseen askarteluun. Tämän ikäinen lapsi käyttää haarukkaa, veistä ja kuorii perunan. (Koistinen ym. 2004, 66.)

Leikki-ikäisen lapsen sanavarasto laajentuu hyvin nopeasti, ja puheesta tulee selkeämpää. Kolmevuotias puhuu 3–4 sanan lauseita ja esittää kysymyksiä jotka alkavat mikä-sanalla, kun taas viisi vuotiaan kysymykset alkavat usein miksi-sanalla. Kolme vuotiaan puheessa esiintyy paljon ajan määreitä. Numeroita ja kirjaimia lapsi alkaa oppia 3–5-vuotiaana, samalla hän oppii päävärit. Kolmevuotias myös mielellään juttelee eläimille ja leluille. (Koistinen ym. 2004, 66–67.)

Kolmevuotias alkaa leikkiä toisten lasten kanssa ja helpot pelit alkavat kiinnostaa. Tässä iässä lapsi oppii myös lainaamaan omia lelujaan toisille ilman, että luulee toisten ottavan ne. Vanhemmista erossa olemista helpottaa ajantajun kehittyminen ja selitysten ymmärtäminen. Lapsi saattaa alkaa pelätä esimerkiksi pimeää ja nukkumaan menoa, koska ei tiedä mitä pimeässä on. (Koistinen ym. 2004, 67–68.)

Neljävuotias tahtoo tehdä jo kaiken itse ja lapsella voi esiintyä uhmaiän merkkejä, joka usein ajoittuu 3–5 ikään. Lapsen peloista ja leikeistä voi huomata, kuinka vilkas mielikuvitus neljä vuotiaalla lapsella on. Neljävuotiaat lapset saattavat hyvin usein leikkiä lääkäroleikkejä, joka kertoo sukupuolisuuden tiedostamisesta. Yleensä poika kiintyy äitiinsä ja tyttö isäänsä. Neljävuotias mielellään toimittaa pikkuasioita, ja lapsen itseluottamus vahvistuu onnistumisen myötä. (Koistinen ym. 2004, 67–68.)

Viisivuotias ei ole enää aivan yhtä avoin puheissaan, kuin nuorempana ja tämän ikäiselle on tärkeää noudattaa sääntöjä. Kuusivuotias haluaa ja osaa tehdä asioita omalla tavallaan, ja näyttää tämän mielellään muille. (Koistinen ym. 2004, 67–68.)

Leikki on lapselle tärkeää ja päivittäistä. Leikin avulla lapsi kehittää sosiaalisia, emotionaalisia, fyysisiä ja henkisiä taitojaan. Vuoden vanha lapsi haluaa saada leikeissään aikaan kolinaa ja heitellä tavaroita. 2–3 vuotiaana lapsi rakentaa palikoista, juttelee nallelle ja pukee sille vaatteita. Tämän jälkeen lapsi alkaa ottaa kontaktia muihin lapsiin ja mukaan tulee erilaiset rooli- ja mielikuvitusleikit. Kouluiän lähestyessä lapsi leikkii mielellään leikkejä, joissa on selkeät säännöt. (Koistinen ym. 2004, 69–70.)

Lapsi alkaa oppia kuivaksi 1–2-vuotiaana ja neljävuotias pystyy säätelemään virtsaamista. Viisivuotias pystyy aloittamaan virtsaamisen rakon käyttöasteesta riippumatta. Lasta ei saa väkisin opettaa kuivaksi. Kannustava ja turvallinen ilmapiiri auttaa lasta paremmin hyväksymään uuden potan. Lapselle voi kuitenkin tulla vahinkoja pitkäänkin, ja kastelusta voidaan puhua vasta, kun yli viisivuotiaalle tapahtuu virtsaamisvahinko ainakin kerran kuukaudessa. (Koistinen ym. 2004, 70.)

Kouluun lapsi lähtee yleensä 7-vuotiaana ja onkin siinä iässä hyvin innokas oppimaan uutta. Kouluun lähtiessä lapsen tulee olla fyysisesti niin vahva, että selviää koulumatkoista, leikkii välitunneilla ja jaksaa koulupäivän rasitukset. Kouluun lähtiessä lapsen silmän ja käden yhteistyö on välttämätön taito. Lapsen tulisi myös pystyä keskittymään, sekä pysymään paikallaan ainakin puolen tunnin ajan. Lapsen tulee pystyä olemaan erossa vanhemmistaan ja kunnioittamaan opettajaa. (Koistinen ym. 2004, 68.)

2.3 Kouluikäinen

Kouluikäiseksi lasta kutsutaan 7–12-vuotiaana. Kouluikä on lapsen älyllisen kasvun ja kehittymisen aikaa. Kouluikäisen paino lisääntyy noin 2,5 kiloa ja pituuteen tulee noin 5 senttimetriä lisää vuodessa. Motoriset taidot karttuvat ja saavat varmuutta jatkuvan harjoittelun myötä, kun lapsi lähtee kouluun. Kouluikäinen lapsi onkin jatkuvasti liikkeessä hyppien, pomppien ja pyörähdellen. Lapsen kömpelyys muuttuu vähitellen hienostuneiksi motorisiksi taidoiksi. Silmän ja käden yhteistyö on hyvää 10-vuotiaalla lapsella ja asentokin muistuttaa aikuisen asentoa. Murrosikä alkaa yleensä viimeistään 12-vuotiaana, mutta murrosiän merkkejä on havaittavissa 10–12 -vuotiailla lapsilla. (Koistinen ym. 2004, 72.)

Kouluun lähtevästä lapsesta alkaa vähitellen tulla perheenjäsen, joka ottaa vastuuta ja auttaa muita. Lapsi ei ole enää niin ailahtelevainen ja itsepäinen. Lapsi erottaa vasemman ja oikean, tuntee kellonajat ja käyttää kelloaan sekä alkaa lukea ja laskea helppoja laskuja 7-vuotiaana. Seitsemänvuotias lapsi viettää aikaa mielellään yksin puuhaillen. Pojat leikkivät mielellään keskenään ja tytöt viihtyvät parhaiten tyttöjen seurassa. (Koistinen ym. 2004, 73.)

Lapsi luettelee viikonpäivät ja kuukaudet, sekä tietää mitä päivää kulloinkin eletään 8–9 vuotiaana. Lapsi lukee mielellään kirjoja ja auttaa kotitöissään 8–9 vuotiaana. Tässä iässä lapsi jää reippaasti yksin kotiin, vaikka onkin muuten seurallinen. Myös itsekritiikki alkaa kehittyä. (Koistinen ym. 2004, 73.)

Omatoimisesti lapsi kirjoittaa kirjeitä, käyttää puhelinta, lukee kuvalehtiä ja viihtyy television ääressä 10–12 -vuotiaana. Perhe on edelleen tärkeä tämän ikäiselle lapselle, mutta samalla kavereiden merkitys muuttuu tärkeämmäksi ja vastakkainen sukupuoli alkaa kiinnostaa. Lapsi on hyvin kiinnostunut ulkomuodostaan, eikä kestä hyvin itseensä kohdistuvaa arviointia 10–12-vuotiaana. (Koistinen ym. 2004, 73.)

Kouluikäinen alkaa vähitellen pitää huolen itse puhtauden ylläpidosta ja hiusten pesu alkaa onnistua. Kouluikäinen käy pesulla tarpeen vaatiessa, ja hiustenpesu riittää kerran viikossa. Kouluikäinen lapsi myös syö mielellään karkkeja, koska saa niitä itse ostettua. Kouluikäisen ravinnon tarpeeseen vaikuttavat yksilöllisten tekijöiden lisäksi kasvun nopeus, fyysinen aktiivisuus ja liikuntaharrastukset, joten riittävästä ravinnon saannista on pidettävä huolta. (Koistinen ym. 2004, 74.)

Lapsen kouluun meno on lapselle itselle ja perheelle erittäin merkittävä kokemus, jolloin lapselle tulee paljon uusia asioita. Lapsen tulee huolehtia koulutehtävistä, hänen on selviydyttävä koulupäivän askareista, osattava mennä kouluun ja tulla sieltä pois. Lapsi oppii selviytymään itsenäisesti koulunkäynnistä. Kouluikäisellä riittää koulun jälkeenkin vielä energiaa erilaisille harrastuksille, kuten lukemiseen, musiikkiin ja erilaisiin liikuntaharrastuksiin. Lapsi tarvitsee aluksi vanhempien tukea, kunnes alkaa huolehtia harrastuksistaan itse. (Koistinen ym. 2004, 74–75.)

2.4 Lapsi perheessä

Perhettä voi määritellä psykologisesta, biologisesta, sosiaalisesta ja juridisesta näkökulmasta. Nykyään perheiden kokoonpano voi olla erittäin kirjavaa, ja uusioperheet alkavat olla arkipäivää. Perheen muodostavat yhdessä asuvat avio- tai avoliitossa olevat tai parisuhteensa rekisteröineet henkilöt ja heidän lapsensa, jompikumpi vanhemmista lapsineen, sekä avio- ja avopuolisot, sekä parisuhteensa rekisteröineet henkilöt, joilla ei ole lapsia. (Tilastokeskus, n.d; Koponen & Sillanpää 2005, 361.)

Asuntokunnissa asuvat perheen ulkopuoliset henkilöt, vaikka olisivat sukulaisia keskenään, eivät perheen ulkopuoliset henkilöt kuulu perheväestöön, elleivät muodosta omaa perhettä. Yhdessä asuvat sisarukset tai serkukset eivät ole perhe. Myöskään yksistään tai samaa sukupuolta olevan henkilön kanssa asuvat ihmiset eivät kuulu perheväestöön. Laitoksissa kirjoilla olevista henkilöistä ei muodosteta perheitä. (Tilastokeskus, n.d.)

Perheessä voi olla vain kaksi perättäistä sukupolvea. Jos asuntokunnassa on useampia sukupolvia, perhe muodostetaan nuorimmasta sukupolvesta lähtien. Esimerkiksi lapsensa perheen kanssa asuva anoppi tai appi jää perheeseen kuulumattomaksi, ellei yhdessä asu myös puoliso, jolloin vanha pariskunta muodostaa oman erillisen perheen. Lapsiperheiksi sanotaan perheitä, joissa kotona asuu vähintään yksi alle 18-vuotias lapsi. (Tilastokeskus, n.d.)

Lapsiperheiden lukumäärä on vähentynyt viimeisen kymmenen vuoden aikana pikkuhiljaa. Lapsiluku vuonna 2013 oli 1,84. Luku on pysynyt suhteellisen vakaana määrän pienenemisestä huolimatta. Lapsiperheiden määrään vaikuttavat monet tekijät esimerkiksi syntyvien ja täysikäistyvien ikäluokkien suuruudet, sekä kansainvälinen muuttoliike. (Tilastokeskus, n.d.)

Yhteiskunnan tapa määritellä perhettä heijastuu myös hoitotyöhön. Yleisin perhemalli suomessa on edelleen äiti, isä ja lapsi. Tämä on kuitenkin hyvin suppea ajattelu tapa siihen nähden, mitä kaikkea muutakin perhe on. Perheen määrittely muuttuu yhteiskunnan mukana, mutta loppujen lopuksi perhe kuitenkin itse määrittelee sen, ketkä ovat sen jäseniä. (Ivanoff, Risku, Kitinoja, Vuori & Palo 2007, 10.)

3 LAPSEN SAIRASTUMINEN JA HOITOON HAKEUTUMINEN

Yleislääkäritasoisista sairaanhoitoa järjestetään lapsille ja nuorille heidän asuinalueensa mukaisesti perusterveydenhuollossa terveyskeskuslääkärin vastaanotolla. Lapsen terveystietokortti neuvolasta ja kouluterveydenhuollosta tulee olla lääkärin saatavilla, jolloin hoidon jatkuvuus voidaan turvata. Tämän avulla myös sairauden vaikutuksia kasvuun ja kehitykseen on helpompi seurata. Perusterveydenhuollosta lapsi ohjataan erikoissairaanhoidon piiriin, jos lapsi tarvitsee erityistä hoitoa, tutkimusta tai tukea. (Koistinen ym. 2004, 21.)

Suurin osa lasten sairauksista ei vaadi sairaalahoitoa. Tarttuvista taudeista yleisimpiä ovat hengitystieinfektiot, joita lapsi sairastaa ensimmäisten elinvuosiensa aikana useita. Päivähoidossa lapset saavat tartuntoja useammin kuin kotona hoidettavat lapset. Muita tavallisia kotona hoidettavia tauteja, ovat maha-suolistokanavan tulehdukset ja rokkotaudit. Nämä sairaudet kestävät muutamista päivistä viikkoon ja yleensä paranevat ilman jälkiseurauksia. Lapsi kuitenkin tarvitsee aina sairastaessaan huolellista seurantaa ja hoitoa. Vanhemmilla ei välttämättä ole tietoa tavallisista lasten sairauksista ja niiden hoidosta, ja siksi he tarvitsevat opastusta lapsen itsehoitoon ja lääkehoitoon. (Ivanoff ym. 2007, 130.)

Vanhempien puhelinohjauksen lapsen hoidosta on oltava riittävän konkreettista. Ohjeiden ei silti tulisi olla liian ehdottomia. Hoito-ohjeet perustuvat vanhempien antamaan tietoon lapsesta ja tämän voinnista. Tämän takia hoitajan pitää pyrkiä saamaan mahdollisimman tarkka kuva lapsen oireista, taudin kulusta, sekä lapsen yleisvoinnista. Puhelinohjauksessa on korostettava viime kädessä vanhempien omaa arviointia ja päätöstä siitä, milloin lapsen kanssa on lähdettävä hoitoon. Puhelinohjauksessa pitäisi pystyä tunnistamaan ne lapset, jotka ovat kiireellisen hoidon tarpeessa, kuten vakavia infektiotauteja sairastavat. Lisäksi lapsen perussairaudet vaikuttavat hoitoon. (Storvik-Sydänmaa, Storvik-Sydänmaa, Talvensaari & Uotila 2012, 99; Ivanoff ym. 2007, 130.)

Lasten ja nuorten terveystalvet järjestetään ensisijaisesti perusterveydenhuollossa: lastenneuvoloissa, kouluterveydenhuollossa ja terveyskeskuksissa. Alle kouluikäisillä lapsilla perheineen on käytössä lastenneuvolan talvet. Tavoitteena on edistää lasten psyykkistä ja fyysistä terveyttä, sekä parantaa perheiden hyvinvointia. Kouluikäisten lasten terveyden seuraaminen ja edistäminen kuuluvat kouluterveydenhuollon tehtäviin. Lasten neuvolan ja kouluterveydenhuollon käynnit ovat vapaaehtoisia ja maksuttomia, mikä lisää lasten ja perheiden tasa-arvoisuutta, koska sen ansiosta perheen sosioekonominen asema ei vaikuta terveystalvetuiden saatavuuteen. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 96.)

Lasten ja nuorten erikoissairaanhoidon on pääosin keskitetty keskussairaaloihin ja yliopistosairaaloihin. Kun lapsi tai nuori tarvitsee erikoissairaanhoidon, hänestä tehdään lähete keskussairaalaan tai yliopistosairaalaan.

Lähetteen voi tehdä joko perusterveydenhuollon lääkäri tai yksityislääkäri. Sairaalassa lähetteen kiireellisyysluokka arvioidaan, minkä mukaan lapsi huoltajineen kutsutaan sairaalakäynnille. Usein ensimmäinen käynti on lasten poliklinikalla, jossa lapsi perheineen tapaa, sekä lastenlääkärin että poliklinikalla toimivan sairaanhoitajan. Poliklinikalla selvitetään lapsen tarvitsema sairaalahoido ja mahdollisen sairauden hoitoon liittyvän muun tuen tarve. Yleensä hoito jatkuu poliklinikkakäynteinä, mutta lapsi voi saada myös ajan osastolla tehtäviin tutkimuksiin tai hoitoon. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 96.)

Hoitoja voidaan jatkaa perusterveydenhuollossa, keskussairaalassa tai yliopistosairaalassa. Lapsen ikä, sairaus ja oireiden vaikeusaste vaikuttavat hoitopaikan valintaan. Tavoitteena on kuitenkin järjestää hoito mahdollisimman lähellä lapsen kotia. Sama koskee muita lapsen hoitopolkuun liittyviä palveluita, kuten kuntoutukseen liittyviä palveluita ja terapioiden. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 96.)

Äkillisesti sairastuneen lapsen sairaalahoido järjestyy yleensä kunnan tai kaupungin terveyskeskuksen päivystyksessä. Terveyskeskuksen tehtävä on järjestää kiireellinen hoito välittömästi. Osassa kuntia päivystyshoito on järjestetty kuntien yhteispäivystyksenä, mutta kunta voi ostaa myös hoidon yksityisiltä palvelun tuottajilta. Jos lapsen vointi vaatii tarkempia lisätutkimuksia tai sairaalahoidoa, terveyskeskuslääkäri tekee lähetteen jatko-hoitoa varten keskussairaalaan tai yliopistosairaalaan. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 97.)

Sairaaloissa on laajemmat tutkimusmahdollisuudet, ja mahdollisuus tarpeen mukaan lapsen osastohoitoon. Pienet imeväisikäiset ja leikki-ikäiset ovat tavallisimpia lasten infektio-osaston potilaita. Tavallisimpia syitä osastohoitoon ovat bronkioliitti, astma, keuhkokuume, ripuli ja virtsatieinfektio. Lapsen jälkitarkastus voidaan hoitaa oman kunnan terveyskeskuksessa tai sairaalan lastentautien poliklinikalla. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 97.)

Lapsen vastaanottamiseen osastolle varataan riittävästi aikaa. Jo ennen lapsen saapumista tarkistetaan, että hänellä on huoneessaan kaikki tarvittava: oikeanlainen sänky, leluja ja muita viihdykkeitä sekä hoitotarvikkeita. Vastaan ottilanteessa perheelle kerrotaan osastosta, sen tiloista ja toiminnasta, sekä näytetään kuinka kutsujärjestelmä toimii. Osastolla myös lapsi on tärkeää ottaa huomioon tulotilanteessa. (Ivanoff 2007, 101.)

Päivystysvastaanotossa hoitaja tekee nopean tilanne arvion lapsen voinnista. Hoidon tarpeen arvioinnin perustana ovat lapsen ja vanhempien haastattelu ja tiedot lapsen vitaelintoiminnoista, joiden avulla saadaan tietoa lapsen oireista, voinnista ja hoidon tarpeesta. Jos lapsen tulohaastattelua ei lapsen voinnin takia voi tehdä heti, se tulee tehdä heti tilanteen rauhoittuttua. Jos lasta joudutaan hoitamaan huoneessa, johon vanhemmat eivät pääse mukaan, on jonkun hoitajista tärkeää pitää vanhemmat ajan tasalla tilanteesta. Lääkärin tekemän tutkimuksen ja määräysten jälkeen sairaanhoitaja suunnittelee ja toteuttaa hoitotyön toimenpiteet. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 99; Ivanoff ym. 2007, 94.)

4 LAPSI JA PERHE PÄIVYSTYKSESSÄ

Koko perheen kohtaaminen on tärkeää lasten ja nuorten hoitotyössä. Lapsi ja perhe yhdessä muodostavat kokonaisuuden, jonka hyvinvointia hoitotyössä tavoitellaan. Koko perheen hyvinvointia on kuitenkin alettu pitää tärkeänä vasta 1970- ja 1980-luvulla. Käytännön hoitotyössä perhekeskeisyys voi tarkoittaa vain sitäkin, että perhe otetaan mukaan hoitoon lapsen taustatueksi. (Ivanoff ym. 2007, 10.)

Lapsen sairastuminen aiheuttaa perheen arjessa aina muutoksia. Ongelmallisissa ja elämänhallintaa horjuttavissa tilanteissa lapsiperheet turvautuvat yleensä ensisijaisesti lähisukulaisiin, kuten isovanhempiin, mutta aina perheen omat sosiaaliset verkostot eivät riitä, kun lapsi sairastuu äkillisesti. Lapsen toistuva sairastelu kuluttaa koko perheen voimavaroja. Lapsen sairastuminen huolestuttaa vanhempia, vaikka se ei olisikaan vakavaa. Pelkästään kuumeinen ja hengitystieinfektiota sairastava lapsi vaati ympärivuorokautista seurantaa ja hoitoa. (Ivanoff ym. 2007, 153.)

4.1 Lapsen huomioiminen päivystystilanteessa

Sairaalaan joutuminen vaikuttaa monin tavoin sekä lapsen että koko perheen käyttäytymiseen ja tunteisiin. Jo 1940-luvulla on tehty tutkimuksia lapsen hoitoon liittyvistä eropeloista. Sen lisäksi pelkoa lapsessa herättää esimerkiksi outo ympäristö, tutkimustoimenpiteet ja niiden tuottama kipu. Terveyskeskuksen päivystysvastaanotolla voi olla suuri määrä potilaita, jotka ovat eri-ikäisiä, erikuntoisia, rauhallisia tai levottomia. Sairaalt lapset hermostuvat helposti, ja saattavat lisätä vastaanoton painajaismaista tunnelmaa. Levoton lapsi voidaan ottaa vastaan ennen aikuispotilasta, jos tälle ei ole lääketieteellistä tai hoidollista estettä. Odotustiloissa olisi hyvä osoittaa lapsiperheille hieman rauhallisempi paikka, jossa lapsille olisi myös leikkivälineitä. (Maijala, Helminen & Åstedt-Kurki 2011, 97–98; Koponen & Sillanpää 2005, 137–138.)

Lehtinen ja Ravi (2009) totesivat tutkimuksensa perusteella vanhempien pitävän ensikontaktia päivystyksessä hyvänä; lapselle puhuttiin hänen ymmärrysasteellaan, ja lapsen ja hoitavan henkilön vuorovaikutus oli hyvää. Huonona pidettiin odottamisen pituutta, sekä virikkeiden vähyyttä, lapselle liian vähäistä sairauden hoidosta ja jatkotoimenpiteistä kertomista.

Suomessa on pyritty turvaamaan lailla potilaan asemaa ja oikeuksia. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, § 7 sanoo, että alaikäisen potilaan mielipide hoitotoimenpiteessä on selvitettävä silloin, kun se on hänen ikäänsä ja kehitystasoonsa nähden mahdollista. Jos alaikäinen ikänsä ja kehitystasonsa perusteella kykenee päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos alaikäinen ei kykene päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa tai muun laillisen edustajan kanssa.

Lapsi tarvitsee ohjausta, oppimista ja oivaltamista enemmän, kuin aikuinen voidakseen muodostaa käsityksen eri asioista. Sairastuminen ja sairautensa olo on lapselle uusia ja outoja asioita, jolloin niiden ymmärtämiseen tulee varata riittävästi aikaa. Mitään toimenpiteitä tai hoitoa ei tulisi tehdä, jos riittävää yhteisymmärrystä ei ole saavutettu lapsen, huoltajan tai hoitohenkilökunnan välillä. (Koistinen ym. 2004, 132–133.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, § 9 sanoo, että jos alaikäinen potilas ikäänsä ja kehitystasoonsa nähden kykenee päättämään hoidostaan, hänellä on oikeus kieltää terveydentilaansa ja hoitoonsa koskevien tietojen antaminen huoltajalleen tai muulle lailliselle edustajalleen.

Päivystyksessä on aina syytä huomioida lapsen kipu ja hoitaa sitä. Lapsen kipukokemus, ja hänen kykynsä ymmärtää kipua muuttuvat koko hänen kasvunsa ja kehityksensä ajan. Lapsi ei aina osaa kertoa kivustaan tai voi jopa pelätä kertoa siitä. Siksi hoitaja ei voi luottaa siihen, että lapsi pyytää kipulääkettä sitä tarvitessaan. Kivun tunnistamiseen käytetään arviointia ja mittareita kuten VAS (visual analogue scale), MAFS (McGrath affective faces scale), NRS (numeric rating scale) ja VRS (verbal rating scale). Mittarit auttavat lasta konkretisoimaan ja ilmaisemaan kipuaan; jo noin kaksivuotias lapsi osaa näyttää kasvoasteikolta suuntaa antavasti tuntemustensa laadun. Kipua arvioidaan myös oireiden, kuten levottomuuden, kontaktikyvyn alenemisen, ärtyneisyyden, jäykistelyn, täristelyn, hikoilun ja ihon värimuutoksien perusteella. On syytä muistaa myös, että hiljaa paikallaan oleva lapsikin voi olla kipeä. Lapsen kivun tunnistamisessa kannattaa kuunnella myös vanhempia, sillä he usein erottavat helpommin lapsensa kivun kiukuttelusta tai huomionkipeydestä. (Ivanoff ym. 2007, 191–193; Koponen & Sillanpää 2005, 223–224; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 322–327.)

Alle kaksivuotiaiden lasten kivunarviointi perustuu pitkälti hoitajan tekemään arviointiin, koska lapsi ei osaa kipuaan ilmaista. Hoitaja arvioi lapsen käyttäytymistä ja fysiologisia muutoksia kuten verenpainetta, sykettä ja happisaturaatiota, sekä lapsen olemusta. Lisäksi tarkkaillaan lapsen väriä, ihon kosteutta, lämpöä ja hengitystä. Kouluikäinen lapsi osaa jo luotettavasti paikallistaa kipunsa ja kertoa siitä. Kivun kuvailu on kuitenkin vielä puutteellista. Hyviä kivun arviointi mittareita kouluikäisillä ovat MAFC-mittari noin 10 vuotiaaksi asti ja VAS- mittari noin 7–8-vuotiaasta eteenpäin, sekä numeerinen hieman myöhemmin. (Koponen & Sillanpää 2005, 225; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 322–327.)

Kivun arvioinnissa lähtökohtana on arvioida lapsen kipua, niin kuin aikuisillakin. Vanhempien ollessa paikalla, kannattaa heidän arviotaan lapsen kivusta käyttää hyödyksi. Kivun arvioinnissa tulee aina ottaa huomioon lapsen kehitystaso ja käyttää sen mukaista mittaria kivun arvioinnissa. Mittarin käyttö tulee kertoa ja opastaa lapselle etukäteen. Lapsen kivun arviointia saattaa vaikeuttaa se, että kipeä lapsi on usein hiljainen ja sulkeutunut. Lasten kivun arvioinnissa voidaan käyttää hyödyksi myös lasten omia piirustuksia tai valmiita kuvia. (Koponen & Sillanpää 2005, 225; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 322–327.)

Pelko on todellisen tai epätodellisen vaaran aiheuttama tunnereaktio. Lasten pelot voidaan jakaa synnynnäisiin, kehityksellisiin ja traumaattisen tilanteen aiheuttamiin pelkoihin. Sairaalassa olo voi liittyä kaikkiin näihin. Outo ympäristö, hoito- ja tutkimustoimenpiteet, kipua tuottavat toimenpiteet ja ero vanhemmista aiheuttavat lapselle pelkoa. Sitä pyritään lievittämään ja poistamaan kaikin mahdollisin keinoin. Toimenpiteistä kerrotaan mahdollisimman selkeästi ja rauhallisesti lapsen ymmärrystasolla, lapsi otetaan aktiivisesti mukaan hoitotapahtumaan, rohkaistaan ja keuhataan lasta, pidetään vanhemmat mukana toimenpiteissä, jos mahdollista. Jos lapsi selvästi vastustaa toimenpidettä, hän ei ole saanut riittävästi tietoa tilanteesta ja näin ollen lapsi vastustaa, koska pelkää ja pelkää, koska ei ymmärrä tai tiedä riittävästi hoitotoimenpiteistä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 99; Ivanoff 2007, 107–108; Koistinen ym. 2004, 133.)

Hoitajan luoma luottamuksellinen suhde lapseen ja perheeseen rauhoittaa heitä. Myös tiedon antaminen lapsen sairauteen liittyvistä asioista, myötätunnon osoittaminen, käytännöllinen auttaminen ja ajan antaminen lapselle ja perheelle rauhoittavat. Äkillisesti sairastunutta lasta ei useinkaan ole ehditty valmistella sairaalaan joutumiseen, joten on erittäin tärkeää, että mahdolliset toimenpiteet selitetään lapselle ja hänen vanhemmilleen selkeästi ja rauhallisesti. (Kaisvu ym. 2012, 99; Ivanoff ym. 2007, 94.)

Hätäntyneen lapsen kanssa toimittaessa sairaanhoitajan rauhallisuus, maltti ja varmuus korostuvat. Hoitaja pystyy olemuksellaan, ilmeillään ja eleillään sekä puhetavallaan ja äänellään rauhoittamaan tilannetta ja luomaan perheelle ja lapselle turvallisuuden tunteen, sekä vakuuttamaan heidät hyvästä hoidosta. Kaikenikäiset lapset aistivat helposti vanhempiensa pelon ja usein rauhoittuvat itsekin vasta vanhempiensakin rauhoituttua. (Ivanoff 2007, 101.)

Toimenpiteisiin valmistaminen pitää sisällään lapsen ja hänen perheensä valmistamisen tutkimuksiin tai hoidollisiin toimenpiteisiin. Tärkeää on, että lääketieteellinen tai hoidollinen tapahtuma ja tilanne pyritään kertomaan lapselle ja hänen vanhemmilleen oikein ja ymmärrettävästi. On keskeistä turvata lapsen oikeus saada tietoa ikäänsä ja kehitystasoonsa nähden hänen hoidostaan. (Koistinen ym. 2004, 132; Koponen & Sillanpää 2005, 363.)

Vanhempien läsnäolo toimenpiteessä tulee miettiä tilannekohtaisesti, mutta vanhemmilla on oikeus olla paikalla. Joissain tapauksissa olisi kuitenkin järkevämpää, että vanhemmat jäisivät huoneen ulkopuolelle. Vanhemmista usein tuntuu pahalta nähdä lapsen itkevän ja toimenpiteen näkeminen voi olla vanhemmille liikaa. Vanhempien tuntemukset, pelko ja avuttomuus voi heijastua lapseen. (Koistinen ym. 2004, 132; Koponen & Sillanpää 2005, 363.)

Vanhemmat usein rauhoittavat läsnäolollaan lasta, jos he ovat hyvin valmistautuneet toimenpiteeseen. Pientä vauvaa rauhoitetaan puhumalla ja silittämällä, ja vauvaan on hyvä pitää katsekontakti. Lapsen valmistamisessa tutkimukseen voidaan käyttää esimerkiksi nukkea tai nallea. Näin pystytään selittämään lapselle toimenpiteen eteneminen. Valmisteluun voidaan käyttää myös videoita ja kuvia. Toimenpiteen jälkeen lapselle on hyvä an-

taa positiivista palautetta, keskustella mahdollisesta kivusta ja mahdollisuuksien mukaan annetaan lapselle jokin palkinto urheudesta. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 131; Koponen & Sillanpää 2005, 364.)

4.2 Vanhempien huomioiminen päivystystilanteessa

Yksi päivystyspoliklinikan työpaikkakulttuurin osa on perhekeskeinen hoitotyö, joka on osana potilaan laadukasta hoitoa. Työpaikkakulttuurin eri osa-alueet voivat painottua erilaisilla eri toimintayksiköissä, mutta tutkimusten mukaan päivystyspoliklinikoilla perhekeskeisyys on valitettavasti pienessä roolissa. Parhaiten perhekeskeinen hoitotyö liitetään kuitenkin päivystyspoliklinikalla Strannin, Rantasen ja Suomisen (2013, 4–6) tutkimuksen mukaan lasten hoitotyöhön. Perhekeskeisen hoitotyön oli kuitenkin mainittu samassa tutkimuksessa toteutuvan myös vain, jos tilanne sen sallii ja joskus omaisten vaatimuksesta. Eri työyhteisöjen välillä huomattiin suuria eroavaisuuksia toimintatavoissa.

Perhekeskeinen hoitotyö päivystyspoliklinikalla on perheen huomioon ottamista ja osallistumista hoitoon. Lapsipotilaiden kohdalla tämä tarkoittaa keskittymistä muihin henkilöihin, kuin potilaaseen, runsaan ohjeistuksen antamista ja perheiden yksilöllistä kohtaamista. Myös perheiden eri tilanteet ja kulttuurit pyritään ottamaan huomioon päivystystilanteessa. Jos perhekeskeistä hoitotyötä ei toteuteta, sitä on perusteltu potilaasta tai omaisesta johtuvilla syillä tai perhekeskeisen hoitotyön kuulumattomuudella päivystyspoliklinikan työhön, sekä päivystyspoliklinikan hoitoympäristöllä, jota ei koettu sopivaksi ympäristöksi perhehoitotyöhön. (Strann, Rantanen & Suominen 2013, 6–11.)

Vanhempien ja koko perheen rooli on merkittävä lapsen ollessa sairaalassa. Perhekeskeisyys on lapsen hoitotyön merkittävin erityispiirre. Muita erityispiirteitä ovat yksilöllisyys, omatoimisuus, jatkuvuus, turvallisuus, sekä kasvun ja kehityksen turvaaminen. Lapsen akuutti sairaus ja sairaalaan joutuminen on aina järkytys koko perheellä. Mahdollisesta kiireestä huolimatta on tärkeää huomioida koko perhe tilanteessa. Vanhempien ja lapsen täytyy luottaa hoitohenkilökunnan toimintaan. (Lehtinen & Ravi 2009; Ivanoff ym. 2007, 94.)

Maijalan, Helmisen, Heino-Tolosen ja Åstedt-Kurjen (2011, 14–16) tutkimuksessa kuvataan 1–3-vuotiaiden äkillisesti sairaalahoitoa tarvitsevien lasten perheiden ja heitä hoitavan henkilökunnan näkemyksiä saadusta ja annetusta avusta vuorovaikutuksen avulla. Siihen osallistui neljän eteläsuomalaisen keskussairaalan kautta 159 potilaan vanhempaa ja 237 hoitohenkilökunnan jäsentä. Tutkimuksen tuloksena oli, että perheet luottivat hoitavalta henkilöltä saamaansa apuun paljon, ja tunsivat saavansa heiltä henkistä tukea.

Vain harva vanhemmista oli pettynyt saamaansa apuun, mutta kuitenkin suuri joukko ilmaisi, ettei ollut tietoinen siitä, mitä lapsen hoidossa tapahtuu. Moni koki myös, ettei perheen tilannetta tunnettu ja huomioitu riittävän hyvin hoidon aikana. Yli neljäsosan mielestä yhteistyötä lääkäreiden kanssa oli liian vähän. Vanhempien kokemukset olivat siis kuitenkin pää-

osin myönteisiä, kuitenkin tulokset viittaavat siihen, että tiedon antamiseen ja yhteistyön riittävyyteen on kiinnitettävä huomiota. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on ollut samankaltaisia lopputuloksia. (Maijala ym. 2011, 19–20.)

Myös hoitohenkilökunnan näkökulmasta tulokset ovat samankaltaisia kuin aikaisemmissa tutkimuksissa. Perheiden tukeminen koetaan tärkeänä, mutta samaan aikaan koetaan, ettei ole riittävästi aikaa perheen kokonaistilanteen hahmottamiseen ja tukemiseen. Tärkeää on pohtia yhdessä lapsipotilaan ja hänen perheensä kanssa hoitoon liittyviä toimintatapoja, sekä pyrkiä keskittymään oleelliseen kunkin lapsen ja perheen kohdalla, jotta perheelle olisi aikaa. (Maijala ym. 2011, 20.)

5 LASTEN KESKEISIMPIÄ INFEKTIOSAIRAUKSIA

Suurin osa lasten sairaalakäynneistä on päivystyksellisiä, ja infektiooireilu on tavallisin syy lasten lääkärikäynneille. Muita syitä ovat esimerkiksi kouristelut ja tapaturmat. Tavallisimpia lasten akuutteja sairauksia ovat ylähengitystieinfektiot, pienten keuhkoputkien tulehdus, keuhkoputkentulehdus, keuhkokuume, korvatulehdukset, virtsatieinfektiot, suolitointektiot, silmätulehdukset, suutulehdukset ja rokkotaudit. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 99; Saha, 2006; Ivanoff ym. 2007, 94.)

Seuraavat oireet ovat usein syy päivystykseen tuloon: Nopeasti noussut kuume, hengitystieoireet, korvasärky, virtsatieoireet, ripuli tai äkillinen vatsakipu. Ne aiheuttavat vanhemmille huolen, jonka vuoksi lapsi tuodaan lääkäriin tutkittavaksi. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 99; Saha, 2006; Ivanoff ym. 2007, 94.)

5.1 Nuhakuume

Lasten yleisin sairaus on flunssa eli nuhakuume. Flunssa on virusperäinen ylähengitystieinfektio, jonka yleisimpiä aiheuttajia ovat rino-, korona-, adeno-, influenssa-, RS- ja parainfluenssavirukset. Flunssan aiheuttajaviruksia tunnetaan kaikkiaan yli 200 eri tyyppiä. Akuutit ylähengitystieinfektiot ovat suurin syy lasten lääkärikäynteihin. Tavallinen flunssa on syytä hoitaa huolella, jotta lapsi välttyisi komplikaatioilta, kuten välikorvantalulehdukselta. (Terveyskirjasto 2012; Nokso-Koivisto 2004.)

Lapset sairastavat flunssaa useammin kuin aikuiset ja pienet 1–3-vuotiaat lapset useita vuodessa. Syksy ja talvi ovat flunssan kulta-aikaa, mikä johtuu virusten kausivaihtelusta. Flunssan itämisaika tartunnasta oireisiin vaihtelee alle vuorokaudesta muutamaan päivään. Tauti alkaa tyypillisesti nenän tukkoisuutena ja nuhana, sekä usein kurkkukipuna. Yleisoireina ilmenee kuumetta ja vilunväristyksiä. Yskä seuraa tyypillisesti parin päivän sisällä. Yskimistä ilmenee usein pitempään taudin muiden oirein jo hävittyä. Flunssaan voi liittyä myös lievää silmän sidekalvon punoitusta. Flunssa kestää usein yli viikon, esimerkiksi tavallisimman flunssaviruksen, rinoviruksen, aiheuttama tauti kestää lapsilla keskimäärin 7–12 vuorokautta. Nuhakuume hoidetaan usein kotona. (Terveyskirjasto 2012.)

Flunssavirukset leviävät ihmisestä toiseen useimmiten suorana kosketus-tartuntana käsien kautta tai epäsuorasti eritteisten, lelujen tai muiden tava-roiden välityksellä. Virus voi tarttua myös ilmateitse pisaratartuntana, kun flunssapotilas yskii tai aivastelee lähistöllä. Huomattavaa on, että tartutta-vuus on suurimmillaan aivan taudin alussa, kun oireet ovat vielä vähäiset. Hyvä käsien pesu on flunssan paras ehkäisykeino. (Terveyskirjasto 2012.)

5.2 Laryngiitti

Kurkunpään tulehdus eli laryngiitti on viruksen aiheuttama tulehdus kur-kunpään alueella. Sitä esiintyy eniten leikki-ikäisillä lapsilla jonkin virus-taudin yhteydessä. Tauti on yleisempi pojilla, kuin tytöillä ja sitä esiintyy eniten syksyllä ja alkutalvella. Tavallisimpia laryngiitin aiheuttajia ovat parainfluenssavirukset, mutta sitä voivat aiheuttaa myös muut virukset, kuten esimerkiksi RS-virus, adeno- ja influenssavirukset. Se on helposti tunnistettava kiusallinen, muttei hengenvaarallinen sairaus. Valtaosa ta-pauksissa on hoidettavissa kotona tai vain poliklinisellä käynnillä. (Stor-vik-Sydänmaa ym. 2012, 130–131; Korppi, Aittoniemi, Immonen, Jylkkä, Meinander, Nuolivirta, Peltola, Salo, Seuri, Tapiainen & Walle, 2014, 1065–1070; Pruikkonen & Renko 2010, 1327–1329; Aaltonen ym. 2007, 4739; Ivanoff ym. 2007, 146; Saxen & Pitkäranta 2009, 66–67.)

Oireet tulevat yleensä taudin alkuvaiheessa, ja ne lievenevät taudin edetes-sä. Tyypillistä on, että terve lapsi alkaa oireilla keskellä yötä ja yllättäen. Sairauden tyypillisiä oireita ovat sisäänhengityksen vaikeudet ja äänek-kyys, kurkkukipu, haukkuva yskä, kuume ja itkiessä syanoosi eli sinisyys suun seudulla. Oireet ovat pelottavia usein, sekä lapsesta että vanhemmis-ta. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 130–131; Korppi ym. 2014, 1065–1070; Pruikkonen & Renko 2010, 1327–1329; Aaltonen ym. 2007, 4739; Saxen & Pitkäranta 2009, 66–67.)

Vähäoireiset lapset voidaan hoitaa kotona ja hengitystä voidaan helpottaa esimerkiksi viemällä lapsi kylmään ilmaan, mikä helpottaa kurkunpään ahtaamaa. Höyryhengitys puolestaan uusimpien tutkimusten mukaan ei merkittävästi helpota oireita. Sairaalahoidoa tarvitsevat lapset ovat he, joil-la on vaikeampia oireita, huomattavaa väsymystä ja lisääntyviä hengitys-vaikeuksia. Lääkäri tekee lapselle perustutkimuksen, johon sisältyy kun-kunpään alueen tutkiminen. Tyypilliset lapsen oireet ja hyvä anamneesi tukevat taudin määrittystä, eikä diagnoosin tekoon välttämättä tarvitse ottaa verikokeita. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 130–131; Korppi ym. 2014, 1065–1070; Pruikkonen & Renko 2010, 1327–1329; Aaltonen ym. 2007, 4739; Saxen & Pitkäranta 2009, 66–67.)

Lääkkeinä sairaalahoidossa käytetään adrenaliinia ja kortikosteroideja, jotka vähentävät turvotusta kurkunpäässä ja helpottavat siten lapsen si-säänhengitysvaikeuksia. Jos hengitysvaikeudet ovat hankalia, inhaloitavaa adrenaliinia annetaan aluksi 30–60 minuutin välein. Lääkkeiden haittavaai-kutuksina lapsella voi ilmetä takykardiaa ja levottomuutta. Näiden ilme-tessä lääkeannosta on pienennettävä ja annosvälejä pidennettävä. Kortiko-steroidien vaikutus on pidempikestoista kuin adrenaliinin, mutta niiden vaikutus alkaa hitaammin. On todettu, että näiden lääkkeiden samanaikai-

nen käyttö lyhentää sairaalahoidon kestoa. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 130–131; Korppi ym. 2014, 1065–1070; Pruikkonen & Renko 2010, 1327–1329; Aaltonen ym. 2007, 4739; Saxen & Pitkäranta 2009, 66–67.)

5.3 Obstruktiivinen bronkiitti

Obstruktiivinen bronkiitti on viruksen aiheuttama keuhkoputkia ahtauttava sairaus, jossa keuhkoputkien limakalvot ovat tulehtuneet ja ahtautuneet. Tauti on yleinen imeväisikäisillä ja pienillä leikki-ikäisillä lapsilla. Pienillä lapsilla keuhkoputket ovat kapeat ja niiden läpimitta on pieni, minkä vuoksi keuhkoputkien supistuminen aiheuttaa herkemmin hengitysvaikeuksien lisääntymisen. Tavallisimpia obstruktiivista bronkiittia aiheuttavia viruksia ovat rino- ja RS-virukset sekä entero-, parainfluenssa- ja adenovirukset. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 131; Ivanoff ym. 2007, 146.)

Hengityksen vaikeutuessa lapsi käyttää hengitykseen apulihaksia. Rintalastan yläosassa ja rintakehällä näkyy kylkiluiden välilihasten vetäytyminen, pallean liikkeet korostuvat ja hengitys muuttuu pinnalliseksi. Obstruktiivisen bronkiitin oireita ovat kuume, kuiva yskä, joka on aluksi tiukkaa, limarahinat keuhkoissa, uloshengitysvaikeudet, uloshengityssajan piteneminen, hengityssänten vinkunat, hengitystaajuuden ja sykkeen nousu, happisaturaation lasku ja apulihasten käyttö hengityksessä. Oireiltaan sairaus muistuttaa bronkioliittia ja lasten astmakohtausta. Uloshengitysvaikeuksien vuoksi keuhkoihin voi kertyä hiilidioksidia, joka voi johtaa lapsen respiratoriseen asidoosiin. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 131.)

Lieväoireisia lapsia voi hoitaa kotona, mutta vakavista hengitysvaikeuksista kärsivät lapset tarvitsevat sairaalahoidtoa. Sairauden vaikeusasteen määrittämiseksi lapselta mitataan pulssioksimetrillä happisaturaatio. Sairaalas-
sa lapsi käy tarvittaessa diagnoosin varmistamista varten keuhkojen röntgentutkimuksessa, mutta pelkän kliinisen taudinkuvan perusteellakin lääkäri voi tehdä diagnoosin. Myöskään laboraatiokokeet eivät ole välttämättömiä sairauden diagnostiikkaa tehtäessä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 131.)

Sairauden hoito akuutissa tilanteessa on sama kuin astmakohtauksessa. Tärkeintä hoidossa on estää lapsen hapenpuute ja tavoitteena on pitää happisaturaatio yli 95 prosentissa. Lapsi saa sairaalassa inhaloitavaa keuhkoputkia avaavaa, sekä hoitavaa lääkettä, joita voidaan aluksi antaa 30–60 minuutin välein. Tarvittaessa lapselle voidaan antaa lisähappea. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 131.)

5.4 Pneumonia

Pneumoniassa eli keuhkokuumeessa tulehdus on keuhkokudoksessa. Sekä bakteerit, että virukset aiheuttavat pneumoniam. Keuhkokuume on merkittävin lasten sairastavuuden ja kuolleisuuden aiheuttaja. Kuitenkin kehittyneissä maissa siihen kuolee lapsia enää vain hyvin harvoin. Suomessa sairastuu vuosittain noin 20 000 lasta keuhkokuumeeseen. Sairaalassa hoidet-

tavista lasten pneumoniatapauksista 32–53 prosentilla taustalla on bakteeri, yleisimmin pneumokokki. Viruksista yleisin taudin aiheuttaja on RS-virus, joka aiheuttaa noin joka kolmannen keuhkokuumeen. Lasten pneumoniaan ei voi suoraan soveltaa aikuisten hoito-ohjeita. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 133; Korppi 2010, 1065–1070; Lahti, Mertsola & Ruuskanen 2005, 279–283; Korppi & Saxen 2009, 70–72.)

Pneumonian keskeisiä oireita ovat kuume, nuha, yskä, sekä tihtynyt ja pinnallinen hengitys eli hengitysvaikeus. Keuhkojen auskultaatiossa kuuluu vinkunoita ja sisäänhengityksen loppuvaiheessa rahinaa. Tyypillinen keuhkokuume alkaa korkealla kuumeella ja etenee oireiltaan nopeasti. Pienillä lapsilla esiintyy kylkiluiden välissä vetäytymää. Veren tulehdusarvot ovat suurentuneet ja diagnoosin varmistamiseksi otetaan keuhkojen röntgenkuva, jossa näkyy pneumonialle tyypillisiä varjostumia edestäpäin otetussa kuvassa. Kuvien tulkitseminen vaatii paljon taitoa. Sairaalahoitossa olevilta lapsilta tutkitaan yleensä CRP ja verenkuvaa. Veriviljely otetaan kaikissa pneumonia-tapauksissa joihin liittyy korkea kuume. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 133; Korppi 2010, 1065–1070; Lahti ym. 2005, 279–283; Korppi & Saxen 2009, 70–72; Korppi, Kröger & Rantala 2009, 70.)

Lievästi sairastuneet ja hyväkuntoiset lapset voidaan hoitaa kotihoidossa. Kuitenkin noin puolet sairastuneista tarvitsevat sairaalahoitoa. Kaikki keuhkokuumetta sairastavat lapset hoidetaan antibiootilla, koska ei ole luotettavaa keinoa erottaa bakteeri- ja viruspneumoniaa toisistaan. Sairaalahoidossa olevat saavat antibiootit ensin suonensisäisesti ja myöhemmin suun kautta. Sairaalahoito kestää yleisimmin 12–48 tuntia, ja lasten toipuminen alkaa näkyä jo 12 tunnin kuluttua hoidon aloituksesta. Jälkitarkastuksia ei enää välttämättä tehdä, koska ne on todettu tarpeettomiksi, ellei epäillä komplikaatioita. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 133; Korppi 2010, 1065–1070; Lahti ym. 2005, 279–283; Korppi & Saxen 2009, 70–72.)

Antibiootin valintaan vaikuttavat lapsen ikä, sairauden kliininen kuva ja muut tutkimustulokset. Antibiooteista amoksisilliini on ensisijainen lääke alle 5-vuotiailla, doksisykliiniä voidaan käyttää yli 8-vuotiailla lapsilla. 7 vuorokauden hoito on todettu käytännössä riittävän pitkäksi, vaikka siitä ei tutkimus tuloksia olekaan. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 133; Korppi 2010, 1065–1070; Lahti ym. 2005, 279–283; Korppi & Saxen 2009, 70–72.)

5.5 Bronkioliitti

Bronkioliitti eli ilmatiehyttulehdus on viruksen aiheuttama pienten keuhkoputkien ja niitä ympäröivien kudosten tulehdus ja RS-virus on sen tyypillisin aiheuttaja. Muita sairauden aiheuttajia ovat rino-, entero-, metapneumo- ja parainfluenssavirukset. Bronkioliittia sairastavan lapsen oireita ovat nuha, yskä, uloshengitysvaikeudet ja tihtynyt hengitys. Keuhkoja auskultoidessa kuuluu rahinoita tai ritinöitä. Pienillä imeväisikäisillä voi ilmetä myös uni-apneonia. Sairauden diagnoosi tehdään edellä mainittujen oireiden perusteella. (Korppi & Jartti 2009, 63; Korppi ym. 2009, 63.)

Bronkioliitin hoito tapahtuu suurimmaksi osaksi sairaalassa. Tärkeintä on hapetuksen seuranta ja kostutetun hapen anto tarvittaessa. Happisaturaatio-ta seurataan kaikilta pulssioksimetrin avulla, sillä usein lapsilla ilmenee jo varhain hypoksiaa eli hapenpuutetta, sekä lisäksi vaikeissa tapauksissa seurataan happo-emäs tasapainoa. Jos limaa erittyy runsaasti, sitä voidaan sairaalassa imeä hengittämisen ja esimerkiksi syömisen helpottamiseksi. Tarvittaessa lasta myös lääkitään esimerkiksi inhaloitavalla adrenaliinilla. (Korppi & Jartti 2009, 63–65.)

5.6 Epiglottiitti

Epiglottiitti tarkoittaa kurkunkannen tulehdusta, jonka useimmiten aiheuttaa *Haemophilus influenzae B* -bakteeri. Sairaudessa lapsen kurkunkansi on tulehtunut ja turpoaa voimakkaasti, myös muut äänihuulten tason rakenteet turpoavat usein. Nykyisin se on harvinainen, koska lapset saavat siltä suojaavan Hib-rokotteen. Sairautta aiheuttavat kuitenkin myös muut bakteerit, minkä takia sen olemassaolo on hyvä muistaa. Sairaus on nopeasti etenevä ja hengenvaarallinen. Sairastuneet ovat useimmiten 2–3-vuotiaita ja pojat sairastuvat tyttöjä useammin. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 131–132; Aaltonen, Pitkäranta & Sovijärvi 2007, 4738–4739; Helminen & Pitkäranta 2009, 68–69.)

Kurkunkannen tulehdus on septinen infektio ja siksi nopeasti etenevä. Epiglottiitissa veren tulehdusarvot ja erityisesti CRP ovat voimakkaasti suurentuneet. Lapsi hakeutuu istuvaan ja etukumaraan asentoon, jossa hänen on helpompi hengittää. Yli 90 prosentilla potilasta veriviljelyn tulos on myös positiivinen. Tyypillisiä oireita ovat lapsen hakeutuminen istuvaan asentoon, voimakkaat sisäänhengitys vaikeudet, voimakas kurkkukipu, yskimättömyys, kuolaaminen, nielemisvaikeudet, puhumattomuus, hiljaa paikallaan oleminen, punakka iho ja nopeasti nouseva kuume, sekä lapsen pelokkuus. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 132; Aaltonen ym. 2007, 4738; Helminen & Pitkäranta. 2009, 68–69.)

Epiglottiitti vaatii aina ehdottomasti sairaalahoidtoa. Sairaalassa lapsi intuboidaan, minkä lisäksi on varauduttava trakeasenteesiin. Diagnoosi varmistetaan leikkausolosuhteissa, missä lääkäri katsoo varoen lapsen nieluun, tarkistaa kurkunkannen punaisuuden ja turvotuksen, sekä intuboi lapsen. Ennen sitä pyritään tekemään mahdollisimman vähän hoidollisia toimenpiteitä. Sairaus hoidetaan suonensisäisellä antibiootilla. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 132; Helminen & Pitkäranta 2009, 68–69.)

5.7 Otiitti

Otiitti eli välikorvantulehdus on erityisesti pienten lasten tyypillinen infektio tauti. Lapsiryhmissä infektiot tarttuvat herkästi ja usein hengitystieinfektion yhteydessä lapselle tulee myös korvatulehdus. Hengitystieinfektion pitkittyessä nenän, nenänielun ja korvatorvien limakalvot turpoavat ja eritteen määrä lisääntyy korvassa, jolloin välikorvan ilmastointi huononee ja infektion todennäköisyys kasvaa. Pienillä lapsilla myös nenänielua ja välikorvaa yhdistävä korvaputki on lyhyt ja laaja, mikä mahdollistaa tau-

dinaiheuttajien pääsyn nenänielusta välikorvaan. Korvatulehdus voi olla viruksen tai bakteerin aiheuttama. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 118–119; Ivanoff ym. 2007, 146.)

Korvatulehduksen oireet alkavat yleensä 2–3 päivää hengitystieinfektion alkamisesta. Oireet ovat epämääräisiä, koska taustalla on yleensä hengitystieinfektio. Oireita ovat nuha, ärtyneisyys, itkuisuus, levottomuus, ruokahaluttomuus, kuume, korvakipu ja kuulon huononeminen. Pieni lapsi yleensä haroo korvaansa tai päättään ja kipu pahenee makuulla. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 119; Ivanoff ym. 2007, 146–147.)

Korvien tutkiminen tuntuu lapsista usein epämiellyttävältä, mutta tärkeää on, että lapsi saadaan pidettyä paikallaan, jotta lääkäri voi tutkia tärykalvon. Diagnoosin lääkäri tekee arvioimalla tärykalvonliikkuvuutta ja tulehdusta. Tutkimus kannattaa aloittaa oireettomasta korvasta, jotta lapsi saisi ensin hyvän kokemuksen tutkimuksesta. Toimenpiteen jälkeen lapsi on aina hyvä palkita jotenkin. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 131.)

Jos korvatulehduksen syyksi todetaan bakteeri, niin hoitona on antibiootti-lääkitys. Sitä suositellaan myös, jos lapsi on alle 2-vuotias ja tulehdus on molemmissa korvissa. Antibioottihoito nopeuttaa jonkin verran oireiden katoamista, mutta osa lapsista paranee myös ilman antibioottihoitoa. Hoidossa tärkeää on kuumeen ja kivun lievittäminen sekä lapsen nestetasapainosta huolehtiminen. Leikki on lapsella hyvä mittari, sillä jos lapsi jaksaa leikkiä normaaliin tapaan, on hänen vointinsa palaamassa hyväksi. Riittävästä levosta on kuitenkin huolehdittava. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 131.)

Jos lapsen tärykalvo on repeytynyt tulehduksen takia tai siihen on tehty tärykalvopistos märkäeritteen pois saamiseksi, pitää korva suojata vedeltä. Myös esimerkiksi toistuvia korvatulehduksia sairastavalle voidaan nukutuksessa laittaa tärykalvoputket, jolloin myös korvia pitää suojata vedeltä. Putkitusten tarve arvioidaan aina yksilöllisesti. On todettu myös, että säännöllinen purukumin syöminen vähentää korvatulehduksia. Korvatulehdus epäilyksen takia ei tarvitse hakeutua päivystykseen, vaan ajan varaaminen omaan terveystieteeseen riittää. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 131.)

5.8 Suolistoinfektiot

Lasten äkillinen mahasuolikanavan tulehdus eli gastroenteriitti kuuluu lasten tavallisimpiin sairauksiin. Useimmiten sen aiheuttajana on jokin virus, joista tavallisin sairaalahoitoon aiheuttajia ovat rota-, adeno- ja norovirukset. Virusripuleita paljon harvinaisempia lapsilla ovat bakteeriripulit, koska virukset leviävät ja tarttuvat helposti. Rotavirusrokotteen ansiosta sairaalahoitoa tarvitsevien lasten määrä on vähentynyt. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 152, 155; Ashorn 2014, 1355–1356; Ivanoff ym. 2007, 148.)

Rotaviruksen aiheuttama tauti alkaa yleensä äkillisellä oksentelulla ja pahanhajuisella vesiripulilla, lisäksi oireena on korkea kuume. Taudin kuva vaihtelee jonkin verran lapsen iän mukaan. Rajua oksentelua kestää yleen-

sä 1–2 päivää, ja ripulia 2–3 päivää. Kokonaisuudessaan tauti kestää noin 5 päivää. Oksentelun loputtua jatkuu ripulointi yleensä vielä. . (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 152, 155; Ashorn 2014, 1355–1356; Ivanoff ym. 2007, 148.)

Viruksen aiheuttamaan ripuliin ei ole varsinaista lääkehoitoa. Tärkeintä on lapsen nestevajauksen korjaaminen ja normaalin nestetasapainon ylläpitäminen. Myös joidenkin probioottien on todettu lyhentävän ripulointi aikaa vuorokaudella. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 152–153; Ashorn 2014, 1355–1356; Puhakka 2009, 121–122; Ivanoff ym. 2007, 149.)

Suurin osa bakteeri ripuleista on peräisin ulkomaanmatkoilta. Näistä taudista valtaosa parantuu itsestään muutaman päivän sisällä. Kuitenkin, jos oireet ovat rajuja, otetaan ulosteesta bakteerinäyte, ja määritellään sen perusteella antibiootin tarpeellisuus. Bakteeri ripulia aiheuttavat esimerkiksi salomonella, kampylobakteerit, yersiniat, shigellat, Clostridium difficele ja EHEC (enterohemorraginen Escherichia coli -bakteeri). (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 155; Ivanoff ym. 2007, 148.)

Salomonellan aiheuttaja on siipikarja ja kananmunat. Se aiheuttaa vetistä ripulia, joka muuttuu veriseksi. Isoilla lapsilla mikrobilääkitystä ei siihen välttämättä aloiteta, mutta pienillä lapsilla se on tarpeellinen. Kampylobakteeri on eläinperäisen infektion aiheuttama, mutta tarttuu myös ihmisestä toiseen. Taudin oireita ovat ripuli tai veriripuli, kuume ja tulehdusarvojen suureneminen. Yersinia tartunnat tulevat yleensä lihasta tai vihanneksista. Se lisääntyy myös jääkaappi lämpötilassa, mikä tekee sen leviämisestä helppoa. Oireita ovat ripuli, kuume ja vatsakipu. Yleensä siihen aloitetaan mikrobilääkitys. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 155; Ivanoff ym. 2007, 148.)

Shigella-infektio tartunnan oireita ovat myös raju veriripuli ja kuume, ja se hoidetaan aina mikrobilääkityksellä. Clostridium difficele puolestaan johdetaan yleensä antibiootista. Antibiootti vaikuttaa suoliston normaaliin bakteeristoon ja siten antaa clostridium difficelelle mahdollisuuden lisääntyä. Antibiootikuurin aikana suolistoa suojaamaan kannattaakin käyttää probiootteja. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 155; Ivanoff ym. 2007, 148.)

EHEC-infektio on Suomessa harvinainen. Sen oireet vaihtelevat lievästä vatsataudista veriripuliin ja kouristusmaisiin vatsakipuihin. Tartunnan lähteitä ovat elintarvikkeet ja vesi, jotka ovat olleet kosketuksissa nautakarjan ulosteeseen. Lisäksi tauti voi tarttua eläinten ja ihmisten välityksellä. Pienillä lapsilla tauti voi olla erittäin vaikea. EHEC luokitellaan yleisvaarallisiin infektioauteihin. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 155; Ivanoff ym. 2007, 148.)

Kun oksentelu ja ripulointi ovat erittäin voimakasta ja nesteet, sekä ruoka eivät pysy lainkaan sisällä, syntyy helposti dehydraatio eli kuivuma. Nestevajetta lisää myös mahdollinen kuume. Mitä pienempi lapsi on, sitä nopeammin hän alkaa kärsiä kuivumasta. Yksi tärkeimmistä asioista lapsen ripulin hoidossa onkin kuivuman arviointi ja hoito suunnitellaan sen mukaan. Sairaalahoidon kuuluvat aina ne, jotka ovat alle 6 kuukauden ikäisiä

tai joiden kuivuma on vaikea tai keskivaikea. Yleensä hoitopaikkana on kuitenkin koti. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 152–153; Ashorn 2014, 1355–1356; Ivanoff ym. 2007, 148–149.)

Kuivuman oireita ovat kuivat limakalvot, virtsan väheneminen, ihon kimmoisuuden väheneminen, painon menetys, silmien painuminen kuopalle ja lapsen väsähtäminen. Kuivuma arvioidaan lapsen kliinisten oireiden ja painon menetyksen perusteella. Jos edellisestä punnituksesta on aikaa, on painonmenetyksen arviointi vaikeaa. Yli 5 % kuivuma vaatii lapsilla aina sairaalahoidoa, mutta sitä pienempi kuivuma voidaan hoitaa kotona, jos lapsen hoidosta siellä pystytään huolehtimaan. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 152–153; Ashorn 2014, 1355–1356; Ivanoff ym. 2007, 148–149.)

Lapsen nestehoito on pääpiirteittäin samanlaista kotona ja sairaalassa. Lääkäri laskee nestekorvauksen määrän. Perusohje on, että nestevajaus ylikorjataan kolmanneksen verran, koska kokonestekorjaukseen annettava liuosmäärä ei imeydy suolistosta. Lapsen kuntoa voidaan arvioida yleisvoinnin perusteella. Lasta kannattaa kuitenkin seurata pidemmän aikaa oikean voimien selvittämiseksi. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 152–153; Ashorn 2014, 1355–1356; Ivanoff ym. 2007, 148–149.)

Nestevajasta pystytään korjaamaan oraalisella dehydraatioliuoksella (ORS-liuoksella) eli niin sanotulla ripulijuomalla. Jos lapsen kuivumista ei hoideta, hänen elimistönsä toiminta voi romahtaa hyvinkin nopeasti. ORS-liuosta ei kuitenkaan tule akuuttivaiheen jälkeen käyttää ainoana ravinnonlähteenä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 152–153; Ashorn 2014, 1355–1356; Puhakka 2009, 121–122; Ivanoff ym. 2007, 149.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyömme tarkoituksena on ollut kehittää lasten ja vanhempien ohjausta lapsen sairastuessa äkillisesti. Tavoitteena on tehdä opas Kanta-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikalle. Oppaassa on tarkoitus kuvata päivystyspoliklinikan toimintatapoja ja lisäksi oppaassa on ohjeita vanhemmille, jotka tuovat äkillisesti sairastuneen lapsen päivystyspoliklinikalle.

Opinnäytetyömme teoreettisessa viitekehyksessä kuvaamme lasta eri kehitysvaiheissa ja määrittelemme perheen. Kuvaamme yleisimpiä infektiosairauksia, joihin lapset äkillisesti sairastuvat. Kuvaamme myös päivystysosastolla huomioitavia lasten erityispiirteitä, sekä perhekeskeistä lastenhoitotyötä. Tarkoituksenamme on ollut opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen avulla vahvistaa tietojamme näistä asioista ja kehittyä siten ammatillisesti.

Opas on tarkoitettu jaettavaksi vanhemmille paperisena, ja mahdollisesti tulevaisuudessa soveltuvin osin internetin välityksellä, jotta siitä saataisiin mahdollisimman suuri hyöty vanhempien lukiessa ohjetta etukäteen. Tavoitteenamme on toimia yhteistyössä Kanta-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikan kanssa ja oppia yhteistyöstä mahdollisimman paljon.

7 OPINNÄYTETYÖN PROSESSI

Omaa alaa parhaiten vastaavan tiedonkäsityksen löytäminen voi olla haasteellista opinnäytetyössä. Opinnäytetyötä tehdessä voi turvautua esimerkkeihin ja tapoihin, joilla opinnäytetöitä on ennenkin tehty. Tämä voi olla hyvä tapa, jos se sopii omaan alaan. Toiminnallinen tiedonkäsitys on tärkeää useilla aloilla ja erityisesti siellä, missä taidot, käytännöllisyys ja sovellettavuus ovat tärkeitä asioita. Toiminnallisella opinnäytetyöllä yleensä vastataan sekä käytännöllisiin että teoreettisiin tarpeisiin. (Vilkka & Airaksinen 2003, 7–8.)

Oman opinnäytetyöprosessimme aloitimme alkuvuodesta 2014. Tällöin meillä ei ollut vielä tietoa aiheestamme, mutta kiinnostuksen kohteina olivat lapset ja ensihoito. Siitä lähdimme ideaamme kehittämään ja viemään eteenpäin. Aloitimme aiheen ideoinnilla ja etsimällä sopivan yhetistykumppanin työelämästä.

7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Ammattikorkeakouluissa on mahdollista tehdä tutkimuksellinen tai toiminnallinen opinnäytetyö. Nykyään myös kirjallisuuskatsauksia on mahdollisuus tehdä. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on käytännön toiminnan ohjeistaminen, opastaminen, toiminnan järjestäminen tai järjeistäminen. Opinnäytetyö voi olla käytäntöön suunnattu ohje tai se voi olla myös tapahtuman toteuttaminen. Toteutustapa voi olla kirja, kansio, vihko, opas tai vaikka kotisivut. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9–10.)

Ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä on tärkeää yhdistää käytännön toteutus ja sen raportointi. Opinnäytetyön tulisi olla työelämälähtöinen, käytännönläheinen, tutkimuksellisella asenteella toteutettu ja riittävällä tasolla alan tietojen ja taitojen hallintaa osoittava. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9–10.) Itse halusimme alusta asti tehdä toiminnallisen opinnäytetyön, koska se tuntui meistä luontevimmalta ja kiinnostavimmalta vaihtoehdolta. Tuotoksena teimme Kanta-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikalle oppaan, joka on tarkoitettu lastaan päivystykseen tuoville vanhemmille.

Suositeltavaa olisi, että toiminnalliselle opinnäytetyölle löytyisi toimeksiantaja. Toimeksiannettu opinnäytetyö lisää vastuunottoa ja opettaa projektinhallintaa, johon kuuluu suunnitelman tekeminen, toimintaehdot ja –tavoitteet sekä tiimityö. Työelämästä saatu aihe myös lisää ammatillista kasvua. Opinnäytetyöstä saattaa tulla myös prosessi, joka suuntaa ammatillista kasvua ja työllistymistä. (Vilkka & Airaksinen 2003, 16–17.) Halusimme itse opinnäytetyöllemme toimeksiantajan työelämästä, jotta valmiista opinnäytetyöstä olisi mahdollisimman paljon hyötyä myös muille.

7.2 Suunnittelu

Opinnäytetyön ensimmäinen vaihe on aiheen ideointi ja valinta. Aiheen valinnassa otetaan huomioon omat kiinnostuksenkohteet ja aiheen tulee olla motivoiva. Monet ottavat yhteyttä alan ihmisiin, entisiin harjoittelu-

paikkoihin tai nykyiseen työpaikkaan, kun tietävät mistä haluaisivat opinnäytetyönsä tehdä. Opiskelijat usein haluavat, että heidän opinnäytetyötään voi joku hyötyä. (Vilka & Airaksinen 2003, 23–24, 26–27, 30.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tehdään toimintasuunnitelma, koska opinnäytetyön idean ja tavoitteiden tulee olla tiedostettuja ja perusteltuja. Toimintasuunnitelman ensisijainen merkitys on selvittää itselle, mitä ollaan tekemässä. Suunnitelma on myös lupaus siitä, mitä aikoo tehdä. Joskus suunnitelmat ovat mahdottomia toteuttaa, mutta aihetasolla tulisi pysyä suunnitelmassa. Jo toimintasuunnitelmassa tulisi suunnitella aikataulu opinnäytetyölle, jolloin myös opettaja voi arvioida onko aikataulu realistinen opinnäytetyöhön nähden. Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei esitellä tutkimuskysymyksiä eikä tutkimusongelmia. Kysymykset kuitenkin saattavat helpottaa täsmentämään mitä ollaan tekemässä. (Vilka & Airaksinen 2003, 23–24, 26–27, 30.)

Aloitimme aiheen ideoinnin miettimällä, mitkä aiheet meitä kiinnostavat. Helmikuussa 2014 aloimme kysellä työelämästä opinnäytetyöllemme aiheita. Kyselimme Kanta-Hämeen pelastuslaitokselta ja Kanta-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikalta, olisiko heillä tarvetta lapsiin ja ensihoitoon liittyvään opinnäytetyöhön. Päivystyspoliklinikalta saimme useamman vaihtoehdon, joista saimme valita itseämme eniten kiinnostavan. Mielestämme kiinnostavin aihe oli opas liittyen lapsiin, joka tulisi päivystyspoliklinikan käyttöön.

Aiheen valinnassa on tärkeää miettiä opinnäytetyön kohderyhmä ja sen mahdollinen raja. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tuote, opastus tai ohjeistus tehdään aina jollekin tai jonkun käytettäväksi. Kohderyhmän määrittämiseen vaikuttaa myös sosioekonominen asema, ikä, koulutus, ammattiasema, henkilöstötaso tai asema työyhteisössä, toimeksiantajan toiveet ja tavoitteet. Kohderyhmä tulee määrittää tarkasti, koska ohjeistuksen sisällön ratkaisee se kenelle se on ajateltu. Kun kohderyhmä on määriteltä täsmällisesti, se myös rajaa opinnäytetyötä niin, että se pysyy opinnäytetyölle tarkoitetussa laajuudessaan. Kun opinnäytetyö on valmis, voi kohderyhmältä pyytää palautetta tuotteen käytettävyydestä ja ohjeistuksen selkeydestä. (Vilka & Airaksinen 2003, 38–40.)

Toiminnallisena opinnäytetyönä toteutettu opas tai ohjeistus ei vielä riitä ammattikorkeakoulun opinnäytetyöksi. Tämän vuoksi opinnäytetyössä tulee käyttää alan teorioista nousevaa tarkastelutapaa valintoihin ja perusteluihin. Usein riittää teoreettiseksi näkökulmaksi jokin alan käsite ja sen määrittely. Aina ei ole mahdollista, eikä välttämätöntä toteuttaa toiminnallista opinnäytetyötä koko teorian näkökulmasta, vaan se kannattaa rajata joidenkin tärkeiden käsitteiden mukaan. Hyvä tietoperusta eli teoria tai määritellyt käsitteet toimivat pikemminkin apuvälineinä kuin ylimääräisenä painolastina. (Vilka & Airaksinen 2003, 41–43.)

7.3 Toteutus

Toiminnallisen opinnäytetyön lopullisena tuloksena tulee olla jokin tuote, joka voi olla kirja, ohjeistus tai tietopaketti. Tämän vuoksi raportoinnissa

tulee käsitellä tuotoksen saavuttamiseen käytettyjä keinoja. Toteutustapaa valittaessa on hyvä miettiä, mikä olisi paras muoto, jotta se valmiina palvelisi mahdollisimman hyvin kohderyhmää. Ohjeistusten, oppaiden, käsikirjojen sekä tietopakettien kohdalla lähdekritiikki on hyvin tärkeää. Työssä tulee kuvata, miten käytettyjen lähteiden luotettavuus on varmistettu. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51, 53, 65, 67.)

Toiminnallisen opinnäytetyön raportista selviää, mitä, miksi ja miten on tehty, millainen työprosessi on ollut, sekä millaisiin tuloksiin ja johtopäätöksiin on päästy. Raportin lisäksi opinnäytetyöhön kuuluu tuotos, joka on usein kirjallinen, mutta sille on asetettu erilaisia vaatimuksia kuin raportille. Opinnäytetyön raportti on julkinen asiakirja, joka hyvin tehtynä osoittaa tekijänsä kypsyyttä. Hyvin tehty raportti kannattaa tehdä rauhassa, eikä kiirehtimällä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51, 53, 65, 67.)

Toiminnallisen opinnäytetyön raportti muistuttaa kertomusta. Se etenee projektin, sekä työprosessin mukaan. Toiminnallisissa opinnäytetöissä raportointi on vain osa työprosessia, mutta olennaisin osa sitä on työn tuotos. Toiminnallista opinnäytetyötä ei ole yhtään helpompi tehdä, kuin tutkimuksellista. Toiminnallisessa opinnäytetyössä vältetään käyttämästä tutkimusraportin otsikointeja ja sisältöä. Tekstin tulee kuitenkin olla täsmällistä, yksiselitteistä, ja perustelevaa. Toiminnallisessa opinnäytetyössä on kaksi kirjoittamiseen liittyvää prosessia, kun tuotos sisältää myös tekstiä. Tuotoksessa tulee käyttää kohderyhmää puhuttelevaa ja tarkoituksenmukaista kirjoitustyyliä. Olisi hyvä ottaa huomioon kohderyhmän ikä, asema ja tietämys aiheesta. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 82–84, 129.)

Aloitimme opinnäytetyömme tekemällä sisällysluettelon keväällä 2014. Tämän jälkeen oli helpompi ruveta kirjoittamaan teoreettista viitekehystä. Sisällysluettelo auttoi rajaamaan teoreettisen tiedon hakua. Kesällä 2014 aloitimme tiedon hakemisen ja kirjoittamisen. Kesällä emme kuitenkaan kirjoittaneet opinnäytetyötä kovin aktiivisesti. Syksyn 2014 aikana kirjoitimme suurimman osan opinnäytetyön teoreettisesta viitekehyksestä. Olemme hakenneet tietoa alan oppikirjoista, luentomateriaaleista, tieteellisistä artikkeleista ja joistakin luotettavista internet lähteistä. Olemme käyttäneet sekä hoitotieteen, lääketieteen, että sosiaalialan lähteitä.

Marraskuussa 2014 pidimme opinnäytetyömme väliseminaarin. Tämän jälkeen täydensimme opinnäytetyömme teoreettista viitekehystä ja suunnittelimme oppaan. Kysyimme päivystyksen työntekijöiltä sähköpostin välityksellä minkälaiselle oppaalle heillä olisi tarvetta. Saimme heiltä muutamia vinkkejä oppaan sisällöstä. Tässä vaiheessa teimme opinnäytetyöhön liittyvät luvat ja sopimukset.

Päivystys toivoi oppaasta tiivistä pakettia, jonka heille toteutimme. He halusivat myös luvan, että saavat itse vielä tehdä oppaaseen haluamiaan muutoksia valmistumisen jälkeen. Oppaan lopullinen ulkomuoto voi olla hyvinkin erilainen, kuin meidän muotoilemamme opas, sillä he vielä ainakin laittavat sen sairaalan virallisiin pohjiin, joihin meillä ei ole käyttöoikeuksia. Sisällöltään opas kuvaa päivystykseen hakeutumisessa tärkeitä

asioita, joita vanhempien olisi hyvä huomioida lähtiessään lapsen kanssa päivystykseen.

7.4 Arviointi

Oman opinnäytetyön kokonaisuuden arviointi on tärkeä osa oppimisprosessia ja se voidaan toteuttaa myös kriittisesti tutkivalla asenteella. Ensimmäisenä tulisi arvioida työn idea, johon voidaan liittää idean kuvaus, asetetut tavoitteet, teoreettinen viitekehys ja tietoperusta, sekä kohderyhmä. Usein tulee vastaan asioita, jotka eivät mene alun suunnitelmien mukaan, jonka vuoksi onkin hyvä pohtia millaiset tavoitteet jäivät saavuttamatta ja miksi, sekä mitä tavoitteita muutettiin prosessin aikana. Mielekäs-tä olisi kerätä jonkinlainen palaute tuotteesta oman arvioinnin tueksi. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 154–155, 157.)

Toinen arvioinnin kohde on, kuinka työ on toteutettu. Tähän voidaan liittää keinot tavoitteiden saavuttamiseksi ja aineiston kerääminen. Ohjeistuksia tehdessä tämä tarkoittaa ohjekirjan tai oppaan valmistamiseen liittyviä asioita. Oppaan tyyppisissä opinnäytetöissä tulisi miettiä olisiko toisenlainen toteutus voinut olla onnistuneempi valinta. Arvioinnissa on hyvä kiinnittää huomiota myös kaikkien materiaalien arvioimiseen, joita on käytetty sisällön tuottamiseen. On tärkeää arvioida myös raportointia ja kieliasua. On hyvä arvioida onko työ johdonmukainen ja vakuuttava. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 154–161.)

Opinnäytetyön tarkoitus on osoittaa käytännöllisen ammatillisen taidon ja teoreettisen tiedon yhdistämistä. Opinnäytetyö harjoittaa myös ajanhallintaa, yhteistyötä ja työelämän innovatiivista kehittymistä, sekä osaamisen ilmaisemista kirjallisesti, että suullisesti. Tutkinto ei tee kenestäkään ammatillisesti valmista, vaan se on yksi porras ammatillisessa kehittämisessä. Tuotokset eivät aina onnistu suunnitelmien mukaan, eikä kaikkia tavoitteita saavuteta. Tämän vuoksi on syytä pohtia myös mahdollisia epäonnistumisia ja sitä, mistä ne johtuivat. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 154–161.)

Tämän opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite ovat mielestämme hyvät ja hyödylliset. Tavoitteet, joita meillä oli opasta ja teoreettista viitekehystä kohtaan ovat onnistuneet kohtalaisen hyvin. Harmillisesti opas on oma irrallinen osansa opinnäytetyössämme, eikä teoreettinen viitekehys hirveästi tue sitä. Kuitenkin olemme tyytyväisiä sen sisällöstä, sillä se on sellainen, kuin työelämän yhteistyökumppanimme siitä halusi.

Opas jäi mielestämme hieman irralliseksi myös senkin vuoksi, koska sitä ei suunniteltu aivan valmiiksi. Vaikka oppaan sisältö onkin yhteistyökumppanin toiveiden mukainen, ei sen viimeistelyä tehty loppuun asti. Viimeistely jäi tekemättä, koska se halutaan viedä johtokunnan käsiteltäväksi ja mahdollisesti siihen tehdään heidän haluamiaan muutoksia. Hieman harmittavaa oli, kun opasta tehdessä ei vielä tiedetty, tuleeko se käyttöön paperisena, internet-versiona vai mahdollisesti molempina. Tämän vuoksi opasta tehdessä tuli hieman sellainen olo, ettei sitä oteta käyttöön vaikka yhteistyökumppanillamme sille tarvetta oli.

Alun perin oppaan oli tarkoitus tulla avuksi ohjaamaan vanhempia tilanteissa, joissa lapsen kanssa tulisi hakeutua päivystyksellisesti hoitoon. Lopulta oppaan sisältö muuttui enemmän tietoa antavaksi. Oppaasta vanhemmat saavat hyvää tietoa Kanta-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikasta ja mitä heidän tulisi ottaa huomioon lapsen sairastuessa. Toteutustapa oli meille sopiva ja tuotos on sellainen, josta on yhteistyökumppanillemme hyötyä. He voivat sitä helposti vielä lisätarpeiden ilmaantuessa muokata. Oppaan olisi voinut yrittää muokata vielä tiiviimpään muotoon, jolloin se ehkä olisi ollut vielä parempi. Kieliasu oppaassa on kuitenkin selvä ja helposti ymmärrettävä. Myös teoreettisesta viitekehiksestämme olemme yrittäneet tehdä mahdollisimman helppolukuisena.

Teoreettista viitekehystä kirjoittaessamme suunnitelmat muuttuivat joitakin kertoja sen aikana. Suurin syy muutoksiin oli se, että emme tienneet tarkasti vielä, minkälaista sisältöä oppaaseen haluttiin. Kuitenkaan emme turhaa työtä joutuneet tekemään, niin että valmista tekstiä olisi jouduttu hävittämään tarpeettomana. Teoreettista viitekehystä kirjoittaessamme olimme suunnitelleet kirjoittaa myös yleisimmistä toimenpiteistä ja ohjaamisesta hoitotyössä. Nämä aiheet kuitenkin jätettiin pois oppaan sisällön tarkentuessa. Mielestämme tämä oli hyvä asia, koska muuten opinnäytetyömme olisi kasvanut hyvin suureksi eikä kyseinen tieto olisi palvellut oppaan sisällön suunnittelussa.

Pyysimme Kanta-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikalta myös palautetta tekemästämme oppaasta. Palaute, jota saimme päivystyspoliklinikalta, oli kokonaisuudessaan hyvää. Se kertoi meille myös sen, että he olivat tyytyväisiä oppaaseen ja se oli lähtenyt käytännön tarpeesta. Oppaan sisältö oli heidän mielestään hyvin tiivistetty ja ulkomuoto oli tarkoitukseen sopiva. Sitä olisi myös helppo muokata jatkossa tarpeen vaatiessa. Oppaan lisäksi he mahdollisesti pystyvät hyödyntämään teoreettisessa viitekehyksessä käyttämäämme tietoa.

8 POHDINTA

Toiminnallinen opinnäytetyö huipentuu pohdinta-osioon. Pohdintaosio pitää sisällään nimensä mukaisesti pohdintaa siitä mitä on tullut tehtyä ja millaisiin johtopäätöksiin on päästy. Kaikista olennaisinta on arvioida tekemistä ja onnistumista. Raportissa tulee ottaa kantaa lähteiden ja materiaalien luotettavuuteen ja arvioida tuotteen ja prosessin onnistumista. Olisi hyvä, jos arvion saisi myös kohderyhmältä, jolloin arvio ei jäisi subjektiiviseksi. Toimeksiantajan arvio on myös hyvin tärkeä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 96–97.)

Pohdinta-osiossa käymme läpi opinnäytetyömme prosessia ja kuinka se mielestämme on sujunut. Pohdimme missä asioissa onnistuimme ja missä olisi voinut olla kehitettävää. Pohdimme myös syitä mahdollisille epäonnistumisille. Aina ei ole mahdollista päästä alkuperäiseen tavoitteeseen syystä tai toisesta, mutta sen vuoksi olisi hyvä pohtia, mitä olisi voinut tehdä toisin. Pohdimme myös omaa oppimistamme projektin aikana ja mitä se on meille ammatillisesti antanut.

Olemme pohtineet opinnäytetyömme teoreettisen viitekehyksen luotettavuutta ja eettisyyttä. Luotettavuutta olemme pohtineet pääasiassa lähteiden luotettavuuden kautta. Lähteiden kautta voi myös pohtia eettisyyttä, koska olisi eettisesti väärin käyttää lähteitä, joiden tieto on jo vanhentunut. Tämä johtaisi myös siihen, ettei opinnäytetyömme teoreettinen viitekehys olisi luotettava.

8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Lähdeaineistoa tulisi arvioida, jo ennen siihen perehtymistä. Lähdeaineiston luotettavuuteen vaikuttaa aineiston ikä, laatu, tunnettavuus ja uskottavuus. Kaikista luotettavin lähde on tuore, tunnettu ja asiantuntijan tekemä, kuitenkin alan kirjallisuus ohjaa käyttämään ajantasaisia lähteitä. Tutkimustiedoista tulisi valita kaikista tuoreimmat, koska tutkittu tieto saattaa muuttua nopeasti. toiminnallisten opinnäytetöiden arvo ei parane lähteiden lukumäärällä, vaan enemmänkin on merkitystä niiden laadulla ja soveltuvuudella. (Vilka & Airaksinen 2003, 72–73, 76.)

Lähteitä olemme käyttäneet kattavasti, mikä lisää opinnäytetyömme luotettavuutta. Opinnäytetyössä on käytetty sekä aivan uusinta tutkittua tietoa, että hieman vanhempia dokumentteja. Olemme kuitenkin pysytelleet tällä vuosituhannella. Kaikilla asioilla ei kuitenkaan ole useampaa lähdetä, mikä ei tee niistä yhtä vakuuttavia kuin joistakin muista, varsinkin jos kyseinen lähde on vanhempi. Lähteinä olemme käyttäneet tutkimuksia, hoito- ja lääketieteellisiä artikkeleita, alan oppikirjoja ja hieman myös opintojemme kurssimateriaalia. Uusinta tutkimustietoa, erityisesti käytäntöön perustuvia ja ulkomaisia tutkimuksia, olisimme voineet käyttää vielä enemmän. Niitä oli kuitenkin aiheeseen liittyen hankala löytää. Koska olemme käyttäneet hyvin vähän muita kuin suomalaisia lähteitä, ei teoreettista viitekehystä voi pitää ympäri maailmaa sovellettavana.

Oppaassa käytetty tieto on useaan kertaan ollut sairaalalla tarkastettavana ja sitä ovat lukeneet niin osastonhoitaja, kuin muutkin osaston hoitajat. Lisäksi oppaan valmistumisen jälkeen se menee sairaalan sääntöjen mukaan vielä johtokuntaan tarkastettavaksi ennen kuin sitä voidaan varsinaisesti ottaa käyttöön. Näin varmistetaan oppaan tietojen luotettavuus.

8.2 Prosessin ja tulosten pohdinta

Opinnäytetyömme on edennyt hyvin ajallaan. Välillä sitä on tehty tiiviimmin, ja välillä se on siirretty hetkeksi sivuun. Lopuksi viimeinen rutistus työhön tehtiin aika tiukalla aikataululla. Loppua kohden alkoi tuntua, että mielenkiinto ja voimat opinnäytetyön tekemiseen olisivat lopussa. Tästä huolimatta jaksomme tehdä sitä loppuun asti, jotta lopputulos olisi mahdollisimman hyvä ja voisimme itse olla siihen tyytyväisiä.

Jonkin verran jouduimme taistelemaan aiheen rajoittamisen kanssa. Useita muitakin asioita olisi vielä voinut mahdollistaa opinnäytetyömme teoriasisältöön. Johonkin oli kuitenkin vedettävä raja ja olemme tyytyväisiä siihen,

mihin olemme päätyneet. Myös opas oli pidettävä erittäin lyhyenä, koska sellaisena opas koettiin päivystyksessä toimivimpana.

Kieliasuun työssämme olemme tyytyväisiä. Olemme yrittäneet pitää tekstin helposti luettavana ja tiiviinä. Oppaan kieli on hyvin maanläheistä ja kaikki on yritetty selittää mahdollisimman selkeästi kohderyhmä huomioiden. Opas on mielestämme selkeä ja sopii kohderyhmälle hyvin. Tieto oppaassa on tiiviissä paketissa, niin kuin yhteistyökumppanimme toivoi. Kuvia emme oppaaseen lopulta harkinnan jälkeen laittaneet, koska kuvien käyttöoikeuksia meillä ei ole, emmekä itse halunneet lähteä kuvia ottamaan.

Asettamiimme tavoitteisiin pääsimme hyvin. Vielä emme tietysti voi tietää, kuinka hyvin jatkossa opinnäytetyötämme ja sen tuotoksena syntyntä opasta käytetään ohjauksen tukena ja kuinka hyvin siitä lopulta on hyötyä päivystyspoliklinikalle tai lastaan sinne tuoville vanhemmille. Kuitenkin voimme sanoa kasvaneemme ammatillisesti ja saaneemme paljon uutta tietoa, sekä kerranneemme ainakin yhtä paljon jo tuttua tietoa. Lisäksi saimme hyviä kokemuksia yhteistyöstämme Kanta-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikan kanssa ja kehitimme yhteistyöosaamistamme.

Kokonaisuudessaan olemme tyytyväisiä siihen millainen opinnäytetyötämme tuli. Opas vastaa sitä, mitä päivystyspoliklinikka tarvitsi ja toivoi, ja teoriaosuudessa käsittelemme keskeisiä asioita lapsen tullessa päivystykseen. Varsinkin teoriaosuuden tekeminen kasvatti ammattitaitoamme ja opimme tietoa etsiessämme uusia asioita.

8.3 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimuksena voisi selvittää, mitä mieltä yhteispäivystyksessä käyneiden lasten vanhemmat ovat siellä saamastaan palvelusta ja siitä, onko tietoa saatu tarpeeksi. Myös se, millaista tietoa vanhemmat kaipaavat, olisi varmasti kiinnostava tietää. Itse oppaamme kuitenkin teimme vain sen perusteella, mitä vanhempien mahdollisesti olisi hyvä saada tietää, ja etenimme omien oletuksiemme ja päivystyksen hoitajien mielipiteiden pohjalta.

Tutkia voisi myös, onko riittävästi ja helposti tietoa saatavilla siitä, koska päivystykseen tulisi hakeutua. Päivystyksessä yleisenä ongelmana pidetään sitä, että osa potilaista hakeutuu sinne turhan herkästi. Monia voitaisiin neuvoa riittävästi esimerkiksi puhelimen välityksellä, jolloin ruuhkat ensiavussa vähenisivät.

LÄHTEET

- Aaltonen, L.-M., Pitkäranta, A. & Sovijärvi, A. 2007. Laryngeaalinen hengenahdistus. *Lääkärilehti* 62(51–52), 4737–4744. Viitattu 17.9.2014. Saatavilla <http://www.fimnet.fi/ezproxy.hamk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2007/SLL512007-4737.pdf> Medic-tietokannasta.
- Ashorn, M. 2014. Lapsen ripuli ja oksentelu. *Duodecim* 130(13), 1355–1356. Viitattu 9.9.2014. Saatavilla <http://www.terveysportti.fi/ezproxy.hamk.fi/xmedia/duo/duo11723.pdf> Medic-tietokannasta.
- Dunder, T., Renko, M. & Uhari, M. 2006. Obstruktiivisen bronkiitin hoito. *Duodecim* 122(4), 459–461. Viitattu 8.9.2014. Saatavilla <http://www.terveysportti.fi/ezproxy.hamk.fi/xmedia/duo/duo95548.pdf> Medic-tietokannasta.
- Helminen, M. & Pitkäranta, A. 2009. Akuutti epiglottiitti. Teoksessa Korppi, M., Kröger, L. & Rantala, H. (toim.) *Lastentautien päivystyskirja*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy, 68–69.
- Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R. 2007. *Hoidatko minua?* Helsinki: Wsoy.
- Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka T. 2004. *Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja*. Helsinki: Tammi.
- Koponen, L. ja Sillanpää, K.(toim.) 2005. *Potilaan hoito päivystyksessä*. Helsinki: Tammi.
- Korppi, M., Aittoniemi, J.-J., Immonen, J., Jylkkä, H., Meinander, T., Nuolivirta, K., Peltola, V., Salo, E., Seuri, R., Tapiainen, T. & Walle, S.-M. 2014. Alahengitystieinfektiot (lapset). *Duodecim* 130(15), 1560–1561. Viitattu 7.9.2014. Saatavilla <http://www.terveysportti.fi/ezproxy.hamk.fi/xmedia/duo/duo11763.pdf> Medic-tietokannasta.
- Korppi, M. & Jartti, T. 2009. Bronkioliitti. Teoksessa Korppi, M., Kröger, L. & Rantala, H. (toim.) *Lastentautien päivystyskirja*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 63–65.
- Korppi, M., Kröger, L. & Rantala, H. (toim.) 2009. *Lastentautien päivystyskirja*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Korppi, M. & Saxen, H. 2009. Keuhkokuume. Teoksessa Korppi, M., Kröger, L. & Rantala, H. (toim.) *Lastentautien päivystyskirja*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 70–72.

Korppi, M. 2010. Lapsen kotisyntyinen keuhkokuume. Duodecim 126(9) 1065–1070 . Viitattu 8.9.2014. Saatavilla Medic-tietokannasta.
<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/xmedia/duo/duo98779.pdf>

Lahti, E., Mertsola, J. & Ruuskanen, O. 2005. Lasten keuhkokuume. Suomen lääkärilehti 60(3), 279–283. Viitattu 8.9.2014. Saatavilla Medic-tietokannasta.
<http://www.fimnet.fi.ezproxy.hamk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2005/SLL32005-279.pdf>

Lehtinen, K. & Ravi, M. 2009. Lapsipotilaan huomioiminen päivystys vastaanotolla. Lahden ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Maijala, H., Helminen, M., Heino-Tolonen, T. & Åstedt-Kurki, P. 2011. Äkillisesti sairastuneen lapsen perheen ja hoitohenkilökunnan näkemyksiä saadusta ja annetusta avusta. Tutkiva hoitotyö 9 (4), 14–21.

Maijala, H., Helminen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2011. Äkillisesti sairastuneen lapsen perheen ja hoitavien henkilöiden välisen vuorovaikutuksen arviointitutkimus. Hoitotiede 23 (2), 95–105.

Nokso-Koivisto, J. 2004. Viral upper respiratory tract infections in young children. Helsingin yliopisto, National Public Health Institute. Väitöskirja.
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.133.6997&rep=rep1&type=pdf>

Pruikkonen, H. & Renko, M. 2010. Pikkulasten laryngiitti. Suomen lääkärilehti 65(15), 1327–1329. Viitattu 8.9.2014. Saatavilla Medic-tietokannasta.
<http://www.fimnet.fi.ezproxy.hamk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2010/SLL152010-1327.pdf>

Puhakka, L. 2009. Onko probiooteista apua lasten ripulin hoidossa. Duodecim 125(2), 121–122. Viitattu 9.9.2014. Saatavilla Medic-tietokannasta.
<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/xmedia/duo/duo97776.pdf>

Saha, M.-T. 2006. Lapsipotilas päivystysosastolla - tarvitaanko laboratoriotutkimuksia. Suomen lääkärilehti 61(43), 4473–4475. Viitattu 9.9.2014. Saatavilla Medic-tietokannasta.
<http://www.fimnet.fi.ezproxy.hamk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2006/SLL432006-4473.pdf>

Saxen, H. & Pitkäranta, A. 2009. Akuutti laryngiitti. Teoksessa Korppi, M., Kröger, L. & Rantala, H. (toim.) Lastentautien päivystyskirja. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 66–67.

Storvik-Sydänmaa, S., Talvensaari, H., Kaisvuori, T. & Uotila, N. 2012. Lapsen ja nuoren hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.

Strann, P., Rantanen, A. & Suominen, A. 2013. Perhekeskeinen hoitotyö päivystyspoliklinikan työpaikkakulttuurissa. Tutkiva hoitotyö 11(4), 4–12.

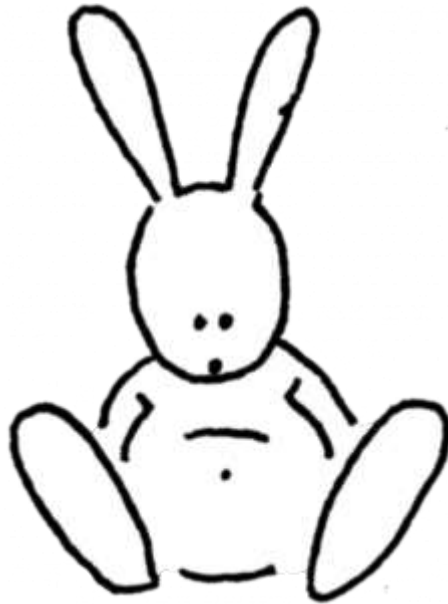
Suomen virallinen tilasto (SVT): Perheet [verkkojulkaisu].
ISSN=1798–3215. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 9.9.2014.
<http://www.stat.fi/til/perh/index.htm>

Terveyskirjasto 2012. Flunssa lapsella. Viitattu 7.7.2014
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00124

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

OPAS

LAPSEN KANSSA



PÄIVYSTYKSEEN

Opas on osa Hämeen ammattikorkeakoulussa tehtyä opinnäytetyötä. Tekijät Maiju Latvala ja Annika Lindholm

MIKSI PÄIVYSTYKSEEN?

Lasten yleisimpiä päivystykseen tulosityitä ovat erilaiset infektiot ja tapaturmat. Usein päivystyskäynnin jälkeen lapsen voi hoitaa kotona, eikä lapsi tarvitse sairaalahoitoa. Lapsen kotihoitoon saa hyvät ohjeet sairaalasta. Jos on epävarma tarvitseeko lapsen kanssa hakeutua hoitoon, voi soittaa Kanta-Hämeen Keskussairaalan päivystykseen saadakseen ohjeet hoitoon hakeutumisesta tai saadakseen lapsen sairauteen liittyvät seuranta- ja kotihoito-ohjeita. Jos kotihoidosta ei ole apua tai tilanne pahenee ja uusia oireita ilmenee, tulee lapsen kanssa lähteä päivystykseen. Vanhemmat ovat aina oman lapsensa voimien asiantuntijoita.

LAPSEN HOITOPOLKU ÄKILLISESTI SAIRASTUESSA

Tarttuvista taudeista yleisimpiä ovat hengitystieinfektiot, joita lapsi sairastaa ensimmäisten elinvuosiensa aikana useita. Muita tavallisia kotona hoidettavia sairauksia ovat maha-suolistokanavan tulehdukset ja rokko-taudit. Nämä sairaudet kestävät tavallisesti muutamista päivistä viikkoon. Lapsi kuitenkin tarvitsee aina sairastuessaan huolellista seurantaa ja hoitoa. Tietoa tavallisista lasten sairauksista ja niiden hoidosta, lapsen itsehoidon- ja lääkehoidon opastusta ja henkistä tukea saa omasta terveyskeskuksesta, sekä kiireellisissä tapauksissa virka-ajan ulkopuolella Kanta-Hämeen Keskussairaalan päivystyksestä.

Esisijaisesti lapsen sairastuessa tulee perheiden hakeutua oman kunnan terveyskeskukseen, jossa lääkäri tekee lähetteen erikoissairaanhoidon Kanta-Hämeen Keskussairaalaan. Lääkärin tekemällä lähetteellä mennään terveyskeskuksesta suoraan lastenpäivystykseen ma–to klo 8–14.30 ja pe 8–14.00. Lastenpäivystys sijaitsee Kanta-Hämeen keskussairaalan kolmannessa kerroksessa lasten ja nuorten osaston yhteydessä. Mikäli lapsella epäillään olevan jokin päivystyksellinen kirurginen ongelma, kuten esimerkiksi umpilisäkkeentulehdus, tutkitaan lapsi päivystyksessä virka-aikanakin. Virka-ajan ulkopuolella lähetteellä mennään päivystykseen. Ohjeet siitä, minne tulee mennä, saa lähetteen tekijältä. Myös yksityisen lääkärin tekemät lähteet käyvät päivystyksessä. Päivystykseen voi mennä myös ilman lähetettä.

Erikoissairaanhoidossa lääkäri tutkii lapsen ja tekee päätöksen siitä pitääkö lapsen jäädä lastenosastolle seurantaan, vai voidaanko häntä hoitaa kotona. Tavallisimpia syitä osastohoitoon ovat hengitysteiden sairaudet, joita ovat pienten keuhkoputkien tulehdus (bronkioliitti), astma ja keuhkokuume. Myös ripulia ja virtsatieinfektiota sairastavan lapsen olisi hyvä jäädä osastolle hoitoon. Murtumat vaativat usein muutaman päivän osastohoitoa.

HUOMIOITAVAT ASIAT LAPSEN KANSSA PÄIVYSTYKSEEN TULTAESSA

Päivystykseen tullessa vastaanottava hoitaja haastattelee lapsen saattajan, arvioidakseen sairaalan tekemän ohjeen mukaisesti lapsen oikean hoitopaikan. Lapsen saattajan pitäisi olla mahdollisimman hyvin selvillä lapsen asioista, kuten siitä mitä on sattunut, millainen lapsi tavallisesti on ja miten tila siitä eroaa. Ainakin toisen vanhemmista olisi hyvä olla lapsen mukana.

Päivystyksessä on hyvä varautua vuoronsa odottamiseen. Lapset ja nuoret eivät mene tutkimuksiin saapumisjärjestyksessä, vaan sairaanhoitaja arvioi lapsen tilan sairaalan ohjeiden mukaisesti. Oman vuoronsa odottamisen lisäksi usein pitää odottaa myös esimerkiksi verikokeiden ja röntgentutkimusten vastausten valmistumista.

Päivystykseen kannattaa ottaa eväitä mukaan. Eväiden syömiseen tulee aina kysyä lupa hoitajilta, sillä jotkin tutkimukset vaativat ravinnotta olon. Ravinnotta olo kotoa asti on erityisen tärkeää esimerkiksi tapaturman jälkeen ja vatsakipuisen lapsen kanssa. Päivystykseen olisi hyvä ottaa mukaan myös pientä luettavaa ja tekemistä. Omien lelujen mukana tuominen on sallittua.

Sairastuneen lapsen sisarukset kannattaa mahdollisuuksien mukaan jättää kotiin, koska sairaalassa terve lapsi voi altistua sairastumiselle. Terveet lapset myös helposti kyllästyvät pitkään odottamiseen. Rajallisten tilojen vuoksi, myös vuodepaikoilla olevan potilaan läheisten määrä on tavallisesti rajoitettu yhteen vanhempaan.

Lapselle voi jo kotona antaa tarvittaessa kipulääkettä hänen painonsa mukaan. Annetuista lääkkeistä, ja niiden määrästä pitää kertoa hoitohenkilökunnalle.

Mukaan tulisi ottaa lapsen ajantasainen lääkeluettelo ja neuvolakortti. Neuvolakortista henkilökunta näkee lapsen rokotukset ja viimeisimmän painon. Myös allergioista olisi tärkeää muistaa kertoa. Yhteystiedot kysytään aina ilmoittautuessa, koska niiden ajan tasalla oleminen on tärkeää.

Käynti päivystyksessä on myös lapsella maksullinen. Sairaanhoitajan vastaanotto on maksullinen, jos sen yhteydessä tehdään toimenpiteitä tai tutkimuksia.

Lapsen siirtyessä päivystyksestä lastenosastolle hoitoon, ovat vanhemmat tervetulleita mukaan.

PALAUTE OPPAASTA

Opinnäytetyö

Opas päivystykseen tulevien lasten vanhemmille

Opiskelijat käynnistivät opinnäytetyöprojektinsa hyvissä ajoin ottamalla yhteyttä klinikkaan. Aiheen valinnasta käytiin keskustelua ja päädyttiin käytännön tarpeesta lähtevään työhön. Klinikkamme lähtökohdista aihe kiinnosti itse tuotoksen osalta kuin myös opinnäytetyöstä saatava lähdeaineisto olevan tiedosta aiheesta.

Opinnäytetyön työstämisen aikana opiskelijat ovat olleet aktiivisesti yhteydessä klinikkaan ja käyneet henkilökohtaisesti keskustelemassa aiheesta ja tuotoksesta.

Opas on käynyt luettavana ja kommentoitavana ja siihen on tehty tämän perusteella opiskelijoiden harkitsema muutoksia. Opas on sisällöltään muodostunut tiiviiksi paketiksi asioita, joita pitää huomioida lasten päivystyskäynnin yhteydessä. Opas on käytettävissä suunniteltuun tarkoitukseen ja jatkossa sähköisessä muodossa muokattavissa muuttuviin olosuhteisiin.

Hämeenlinnassa 24.3.2015

Tuija Salonsaari
osastonhoitaja
KHSHP päivystysklinikka